

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Evaluace primární prevence rizikového chování na základních školách**

Bakalářská práce

**Jméno vedoucího práce:**

Mgr. Pavel Vácha

**Jméno autora:**

Iva Šmatláková

2008

## **Abstract**

The title of my thesis is „Primary prevention evaluation of the risk behaviour in primary schools“. Risk behaviour is a general term and there are different notions of what it covers. According to specialists in this field it is possible to determine three spheres of the risk behaviour. The first sphere is the drug abuse, the second sphere is behaviour related to the reproductive health and the third is the risk behaviour in the psychosocial respect. These are current issues discussed in society. The phenomena of drug abuse, bullying or pathologic gambling addiction are the most frequent forms of sociopathology occurring in primary schools pupils.

The current state description of this issue is drawn from specialist literature. The description deals with the term risk behaviour, kinds of social pathologic phenomena, the primary prevention both in-school and out-of-school and the target group – teenagers. The important risk behaviour development factor is prevention. The objective of my thesis is to learn how effective the measures imposed by family members, friends, media and mainly by the school environment are.

The aim of the thesis is also to review the effectiveness of the risk behaviour primary prevention in primary schools. The partial aim is to survey attitudes of pupils and school consultants to primary prevention and to risk behaviour prevention. To collect data the quantitative method of anonymous questionnaires was used. The quantitative research in the form of a semi-standardized interview with school consultants was also used.

The conclusions of the research show that children have considerable experience with drugs of abuse and school consultants do not consider preventive measures to be effective enough. The results of my thesis were made available to school headmasters and to prevention consultants and may be used as a resource in primary prevention.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Evaluace primární prevence rizikového chování na základních školách vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 21. 5. 2008

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Pavlu Váchovi za jeho odborné vedení, cenné rady a vstřícnou spolupráci při jejím zpracování. Také touto cestou děkuji mé rodině za celkovou podporu během mého studia.

## Obsah

Úvod .....	7
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>8</b>
1.1 Syndrom rizikové chování v dospívání .....	8
1.1.1 <i>Oblasti rizikového chování</i> .....	9
1.1.2 <i>Faktory ovlivňující vznik rizikového chování</i> .....	10
1.1.2.1 Individuální faktory .....	10
1.1.2.2 Rodinné faktory .....	10
1.1.2.3 Společenské faktory .....	10
1.2 Sociálně patologické jevy dle metodického pokynu MŠMT .....	11
1.2.1 <i>Druhy sociálně patologických jevů, jejich výskyt a prevence</i> .....	12
1.3 Primární prevence .....	19
1.3.1 <i>Nespecifická / specifická primární prevence</i> .....	20
1.3.2 <i>Všeobecná / selektivní / indikovaná primární prevence</i> .....	20
1.3.3 <i>Národní strategie protidrogové politiky 2005 – 2009</i> .....	22
1.3.4 <i>Zásady efektivní primární prevence</i> .....	22
1.3.5 <i>Evaluační</i> .....	24
1.4 Vývoj primární prevence v ČR .....	25
1.5 Školní primární prevence .....	26
1.5.1 <i>Školní metodik</i> .....	26
1.5.2 <i>Minimální preventivní program</i> .....	27
1.5.3 <i>Volnočasové aktivity</i> .....	28
1.6 Charakteristika cílové skupiny primární prevence .....	29
1.6.1 <i>Děti a mládež</i> .....	33
1.6.2 <i>Pedagogičtí pracovníci</i> .....	30
1.6.3 <i>Rodina</i> .....	30
1.6.4 <i>Specifické cílové skupiny</i> .....	34
1.7 Dospívání .....	31
1.7.1 <i>Vývojové změny</i> .....	32
1.7.2 <i>Návyková rizika u dětí a dospívajících</i> .....	34

<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	36
2.1 Cíle práce .....	36
2.2 Hypotézy práce .....	36
<b>3. Metodika</b> .....	37
3.1 Použité metody .....	37
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	37
<b>4. Výsledky</b> .....	39
<b>5. Diskuse</b> .....	61
<b>6. Závěr</b> .....	70
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	72
<b>8. Klíčová slova</b> .....	79
<b>9. Přílohy</b> .....	80

## ÚVOD

*Motto: „Klíčem ke zdraví dospívajících je jejich chování.“ (WHO)*

Téma této práce zní Evaluace primární prevence rizikového chování na základních školách. Rizikové chování je obecný pojem a každý člověk o něm má různou představu. Myslím si, že se však nebudu mýlit tvrzením, že mezi nejčastější formy rizikového chování lze zařadit užívání návykových látek. Jde dnes o jakýsi fenomén mladé generace, který je stále předmětem diskusí společnosti. Užívání návykových látek, šikana či patologické hráčství patří k nejznámějším podobám sociální patologie vyskytující se na základních školách. Jsou to stále aktuální témata, ovšem mnozí z nás zapomínají i na ostatní formy rizikového chování jako je například netolismus, xenofobie a rasismus, předčasný sexuální život či často latentní poruchy příjmu potravy.

Dospívající jsou v tomto věku a v dnešní době plně zbraní, agrese, vysoké nabídky ilegálních drog, vystaveny nemalému nebezpečí pro vznik rizikového životního stylu. Možnost žít zdravě je pro ně nabídkou stejně tak jako příležitostí okusit tzv. zakázané ovoce. Opětovně se setkávám se situacemi, kdy nezletilí užívají jimi oblíbenou marihuanu, kouří tabákové výrobky či je jim bez problému prodán alkohol. Také není výjimkou setrvávání dětí v barech, hernách a jiných restauračních zařízeních bez doprovodu rodičů. Z médií mnohdy slýcháváme informace o excesech v chování dětí a mládeže, o výskytu závislosti na drogách u mladistvých, o přehnané agresivitě a dalších společensky nežádoucích jevech. Kterou cestou se na prahu dětství a dospělosti vydají je jen na jejich vlastním přesvědčení a hodnotách. Ovlivňuje je však okolí, rodina, a v neposlední řadě i škola jako jeden ze subjektů primární prevence.

Na kolik jsou preventivní opatření ze stran rodiny, přátel, médií a především školního prostředí účinná, se pokusím zjistit v této práci. Dalším cílem je vzhled do výskytu rizikového chování u žáků základních škol. Zmonitoruji užívání tabákových výrobků, alkoholu a nelegálních drog mezi žáky druhého stupně základních škol a věk prvního užití drogy.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Syndrom rizikové chování v dospívání

Riskování a experimentování je v dospívání přirozené. V tomto věku jde hlavně o to, získat uznání vrstevníků, dokázat si samostatnost, příp. dospělost, nebojácnost a sílu, ukázat protest proti autoritě a omezením, ale také neschopnost problémy verbalizovat při zatím nízkém tolerančním prahu pro frustrace. Pokud je jistá míra zachována, může být úspěšné překonávání nesnází prospěšné. Zvyšuje naději na úspěch v dospělosti. Rizikové chování dospívajících, kterým se zabývají hlavně lékaři, psychologové a sociologové, je "chování, které může přímo či nepřímo ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý budoucí život mladých lidí" (10).

Miovský a Zapletalová (1) uvádějí, že pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost.

Vývoj zdravotního stavu dospívajících ve všech rozvinutých zemích vykazuje v posledních desetiletích podstatné změny a Česká republika v tomto trendu není výjimkou. Hlavní příčinou velké části morbidity i mortality našich dospívajících se stává oblast chování a převládá tak nad problematikou biologickou. Hovoříme o tzv. přesunu rizik vyvíjejícího se jedince. Zatímco dříve bylo nejrizikovějším obdobím novorozenecké a kojenecké, nyní je to právě adolescence. Hlavním důvodem je syndrom rizikového chování v dospívání (dále SRCH D). Tento pojem zavedl na začátku 90. let prof. R. Jessor a vymezil tři základní okruhy SRCH D, které jsou uvedeny níže (41).

O závažnosti tohoto syndromu výmluvně svědčí statistiky úmrtnosti dospívajících. V USA do 80. let mortalita dospívajících klesala, od 80. let trvale stoupá. Důvodem jsou projevy SRCH D, první tři místa zaujímají úrazy (především dopravní), sebevraždy a vraždy. Podobný trend můžeme pozorovat po roce 1989 také v ČR. U nás mortalita všech populačních skupin, díky úspěšným preventivním programům, klesla až na věkovou skupinu dospívajících. Tam od 80. let trvale stoupá proporce úmrtí na úrazy, sebevraždy a intoxikace, která v dnešní době činí již přes 75 % všech příčin smrti



dospívajících. Avšak i morbidita, spojená s následky rizikového chování, může vážně ohrozit zdraví a vývoj dospívajícího a je také velkým ekonomickým břemenem pro každou společnost **(41)**.

V devadesátých letech se obecně sociální deviace staly mnohem viditelnějšími než v období komunistického režimu. Bylo tedy možné také zaznamenat skutečný nárůst problémového a rizikového chování adolescentů. V širších souvislostech přispěla k této změně nižší státní a institucionální kontrola nad chováním občanů, a tedy i mládeže, jakož i větší benevolence, tolerance a respekt k specifické „subkultuře teenagerů“ **(19)**.

### ***1.1.1 Oblasti rizikového chování***

1. Rizikové chování v oblasti zneužívání návykových látek (nikotin, alkohol, ilegální drogy).
2. Rizikové chování v oblasti reprodukčního zdraví (předčasný sexuální život a s ním spojené střídání partnerů a riziko vzniku pohlavních nemocí, nechtěná časná těhotenství).
3. Rizikové chování v oblasti psychosociální (poruchy chování, agresivita vedoucí až ke kriminalitě, nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, úrazy, deprese až suicidální jednání, chození za školu, zhoršený prospěch ve škole až vyhození ze školy, útěky z domova) **(10)**.

Bylo prokázáno, že se tyto projevy nejčastěji kombinují a jen zřídka se vyskytuje rizikové chování jednoho druhu. Všechny tyto fenomény také vzájemně usnadňují svůj vznik (alkohol a drogy snižují úsudek a sebekontrolu v oblasti sexuální, předčasný pohlavní život vede často ke krizovým situacím a tím k dalším negativním psychosociálním jevům atd.) Příčiny i faktory ovlivňující toto chování jsou společné. Tvoří tedy vlastně určitý syndrom **(20)**.

### ***1.1.2 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování***

Výše jmenované jevy v různých oblastech rizikového chování mají při svém vzniku shodné rizikové i ochranné faktory. Tyto faktory je možné skrze jejich velké množství přehledně shrnout **(10)**.

#### ***1.1.2.1 Individuální faktory***

*Rizikové:* problémové chování v předchozím dětství, zanedbávání a zneužívání dětí, malá sebedůvěra a sebeúcta v adolescenci, chronické onemocnění a handicap, těhotenství, rodičovství, špatný školní prospěch, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, sklony k riskování, příslušnost k menšinám (etnickým, náboženským).

*Ochranné:* vysoká inteligence, sebeúcta, sebedůvěra, pozitivní perspektivy a možnosti pro budoucí život, oceňování vzdělání a zdraví, účast ve školních a dobrovolných aktivitách, duchovní orientace, schopnost sebekontroly **(10)**.

#### ***1.1.2.2 Rodinné faktory***

*Rizikové:* významná ztráta v rodině, rodiče jsou chronicky nemocní (tělesně či duševně, včetně závislosti na návykových látkách), přístup rodičů je příliš autoritativní nebo naopak zanedbávající a nadměrně benevolentní, nedostatečná komunikace, dysfunkční rodina.

*Ochranné:* kladné vztahy v rodině, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je), duchovní orientace, nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a ostatních vrstevníků **(10)**.

#### ***1.1.2.3 Společenské faktory***

*Rizikové:* chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, záporné vzory v okolí, legální přístup ke zbraním, nízká úroveň vzdělání, nezaměstnanost.

*Ochranné:* kvalitní školy, dospělí, kteří se věnují mládeži, pozitivní vzory ve společnosti, pozitivní poselství v médiích, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže, přísné zákony o zbraních a drogách **(10)**.

Pokud jde o socioekonomický status rodiny, chudoba je rizikem, ale ne vždy znamená vysoké nebezpečí pro vznik rizikového chování. V mnohých ohledech jsou stejně riziková dospívající z nejvyšších sociálních tříd (především v konzumaci drog a jiných návykových látek), kde bývá též nízký rodičovský dohled. Nejméně riziková bývá střední sociální třída (10).

Nepříznivým prognostickým činitelem je časný začátek problémového chování. A ovšem také záleží na vzájemném poměru rizikových a ochranných faktorů (tyto poslední mohou působit velmi mocně), zda se z experimentování vyvine rizikový životní styl (10).

Specifickým faktorem je marketing, propagace a zábavní průmysl, jejichž protagonisté se stávají pro mládež neodolatelnými vzory lehkosti bytí a úspěšnosti. Protože postavení hrdinů z billboardů, spotů, klipů a bulvárních tiskovin je všedním životem nedosažitelné, objevují se náhrady jako cigarety, alkohol, drogy, sex, agresivita, nebezpečné hry a sporty a jiná komerčně propagovaná rizika (17).

## 1.2 Sociálně patologické jevy dle metodického pokynu MŠMT

Za sociálně patologické jevy můžeme především označit:

- záškoláctví,
- šikanu,
- rasismus, xenofobii,
- kriminalitu, delikvenci, vandalismus,
- užívání návykových látek,
- závislost na politickém a náboženském extremismu,
- netolismus (virtuální drogy),
- patologické hráčství (gambling),
- domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže,
- poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie) (27).

### ***1.2.1 Druhy sociálně patologických jevů, jejich výskyt a prevence***

#### *Záškoláctví*

Záškoláctví lze definovat jako souhrn obranného jednání, jehož záměrem je vyhnout se nepříjemnosti, která je dána buď konfrontací neúspěšného dítěte s lépe prosperujícími spolužáky, nebo požadavky učitele na práci dítěte. Záškoláka je tedy možno charakterizovat jako žáka, který nemá pro absenci ve škole legální důvod. V dnešní době se záškoláctví řadí mezi nejzávažnějších problémy ve školství. Není problémem samo o sobě, ale ve svých důsledcích znamená horší školní prospěch, ztížené uplatnění na pracovním trhu, zvýšené riziko kriminality, narušení vztahu s rodiči apod. Má tedy nepříznivý dopad nejen na jedince, který se ho dopouští, ale i na jeho okolí a prakticky i na celou společnost **(46)**.

Na prevenci záškoláctví se podílí třídní učitel, výchovný poradce a školní metodik prevence ve spolupráci s ostatními pedagogy a zákonnými zástupci žáka. Součástí prevence je pravidelné zpracovávání dokumentace o absenci žáků, součinnost se zákonnými zástupci, analýza příčin záškoláctví včetně přijetí příslušných opatření, výchovné pohovory s žáky, spolupráce se školním psychologem a institucemi pedagogicko psychologického poradenství, konání výchovných komisí ve škole, spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí apod.**(25)**.

#### *Šikana*

K tomu, aby se dalo hovořit o šikaně, musí existovat agresor, oběť a prostředí, ve kterém se šikana uskutečňuje. Jde o velice závažný, společenský jev, ohrožující oběť jak fyzicky, tak zejména po psychické stránce. Šikanu je nutno chápat jako poruchu vztahů nejen mezi agresorem a obětí, ale především v celé skupině či třídě **(15)**. Toto problémové chování se rozvíjí v důsledku neuspokojení nebo deformování základních potřeb dítěte. V této spojitosti jde velmi často o nenaplněnou potřebu lásky, komunikace a zařazení se do určitého společenství nebo o malou stimulaci k vytvoření pozitivních životních cílů **(30)**.

Podle výsledků výzkumů provedených odborníky v různých typech škol se odhaduje, že je průměrně šikanováno asi 20 % žáků ZŠ a SŠ. Zmapování šikany je

velice obtížné. Zejména lehčí formy a počáteční stádia šikanování zasahují velkou část školní populace. Také popírání existence šikany a její zlehčování přispívá nejen k nevědomosti o její přítomnosti, ale i k nemožnosti účinně zasáhnout v oblasti prevence nebo potlačení tohoto krutého a nelítostného světa strachu a násilí (30).

Specifickým druhem šikany je kyberšikana, též zvaná jako počítačová šikana, kybernetická šikana či cyberbullying. Využívá elektronické prostředky jako jsou mobilní telefony, e-maily, internet, blogy a podobně. Její nejobvyklejší projevy představuje zasílání obtěžujících, urážejících či útočných mailů a SMS, vytváření stránek a blogů obětí. Kyberšikana může sloužit k posilování klasických forem šikany, nejčastěji prostřednictvím nahrání scény na mobilní telefon a jejího následného rozeslání známým dotyčného, popřípadě vystavení na internetu. Zvláště poslední varianta šikany je extrémně nebezpečná. Pokud se spojí s nějakou velmi ponižující situací, takovéto zveřejnění ponižujících materiálů pro ohromné množství lidí mnohonásobně zvyšuje utrpení a trauma oběti, což na ni může mít extrémně neblahý dopad (55).

### *Rasismus, Xenofobie*

V současné době se české děti stále více setkávají jak ve veřejném životě, tak přímo v školních třídách s cizinci – příslušníky různých etnik a ras. Vytvářejí si o nich určité názory, nabývají zkušeností z kontaktů a komunikace s nimi, vypráví si o nich se spolužáky a nějak je hodnotí. Dozvídají se názory rodičů na cizince, imigranty, příslušníky menšin apod. To vše působí na utváření etnického vědomí mládeže (47).

Z proběhlých výzkumů žáků základních škol lze vyvodit, že postoje k jiným etnikům jsou ve třech čtvrtinách pozitivně laděné. Šokujícím zjištěním byl ovšem častý výskyt negativních výpovědí, týkajících se romské menšiny. Stovky dětí vyjádřily pocity odporu, strachu a otevřené nenávisti vůči Romům (47).

Klíčové místo při vedení dětí a mládeže k toleranci, k posilování pozitivního postoje k minoritám a k lidem různých národností, náboženství a kultur zaujímají školy a školská zařízení. Využívají celkového výchovného působení, v jehož průběhu jsou

žáci přiměřeně svému věku a na základě svých širších sociálních zkušeností podněcování k diskusi (26).

K účinnější prevenci projevů rasismu, xenofobie a intolerance Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ukládá ředitelům škol a pedagogickým pracovníkům základních škol, středních škol, vyšších odborných škol, speciálních škol a školských zařízení povinnost, aby vytvářeli dobré klima ve škole, které podporuje vzájemný respekt, toleranci k lidem jiných národností, vzájemné porozumění a otevřené jednání. Také by měli vhodně využívat věcný obsah každého vyučovaného předmětu a pracovat s doporučenou literaturou, seznamovat žáky se základními údaji o menšinách, které u nás žijí, s jejich kulturou, dějinami a tím u nich rozvíjet vědomí sounáležitosti. V neposlední řadě nesmí nechat bez povšimnutí žádný projev ani náznak intolerance, xenofobie nebo rasismu a okamžitě přijímal vhodná konkrétní pedagogická opatření. Při prevenci intolerance, rasismu a xenofobie by pedagogové měli intenzivněji spolupracovat s rodinami žáků (26).

#### *Vandalismus, kriminalita, delikvence*

Lidé se dopouštějí trestné činnosti v každém věku, avšak nejvíce je kriminalita páchována v mládí a v ranné dospělosti. Kriminální chování je mezi mládeží rozšířeno do té míry, že alespoň jednou se každý mladý člověk deliktu dopustil. Většinu těchto deliktů můžeme však označit jako triviální, které spadají do oblasti bagatelní kriminality nebo je na samé hranici trestného činu. Mezi nejfrekventovanější trestné činy u mládeže patří krádež, poškozování cizí věci, výtržnictví, porušování domovní svobody, neoprávněné držení cizí věci, loupež a ublížení na zdraví. Majetková trestná činnost je naprosto převažující formou mladistvích pachatelů (22).

Nejvýznamnějším prostředkem prevence kriminality je výchova dětí v rodinách a ve školách. Vlivným nástrojem je také sociální politika státu, která ovlivňuje systém vzdělávání, zaměstnanost, stabilitu a funkce rodiny, fungování policejního a soudního aparátu zabývajících se rizikovou mládeží (22).

### *Užívání návykových látek*

Je zapotřebí rozlišovat mezi užíváním a zneužíváním drog. Mnoho dospívajících užívá legální drogy, méně často i nelegální. Ovšem k vlastnímu zneužívání drog dochází jen u malého procenta, asi 5 až 10 %. Ještě menší procento z nich se stane na drogách závislými. Důležitá je informace, že mladí, kteří drogy zneužívají, nejsou vždy schopni najít hranice mezi experimentováním a potencionálním poškozováním sebe sama (8).

K experimentálnímu užívání nejčastěji dochází ve věku dvanáct až dvacet pět let. Začíná se první cigaretou nebo pivem ve dvanácti až čtrnácti letech, mezi šestnáctým až dvacátým rokem se objevuje konopí, extáze nebo tvrdý alkohol. Jen u mála mladých dochází v důsledku užívání drog v průběhu adolescence k závažným a trvalým poškozením. Zneužívání drog, které může vést k závislosti na drogách, definujeme jako situaci, při níž je daná osoba konfrontována s přímými či nepřímými negativními (zdravotními, duševními a dalšími) důsledky pravého užívání drog. Zneužívání drog je mnohdy příznakem dalších problémů v osobním životě, např. psychických problémů (deprese), absence stabilního rodinného prostředí, emoční nestability nebo sociální deprivace (8).

Česká republika se v roce 2007 zapojila již počtvrté do Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která je určena ke zmapování užívání alkoholu a jiných návykových látek (tabáku a nelegálních drog) mezi mládeží ve věku 15-16 let. V porovnání s předchozím obdobím byla zaznamenána stabilizace situace v oblasti zkušeností mládeže s nelegálními drogami. Oproti roku 2003 došlo k poklesu zkušeností se všemi sledovanými drogami s výjimkou konopných látek. U konopných látek je stav srovnatelný s rokem 2003. Nárůst zkušeností pozorovaného od poloviny 90. let se tedy zastavil. Zároveň došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (s výjimkou konopných látek) a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím (7).

Nejčastěji uváděnou nelegální látkou byla a je marihuana. Celkem 22 % respondentů v roce 1995 a již 35 % v roce 1999 uvedlo alespoň jednu osobní zkušenost s marihuanou nebo hašišem. Mezi lety 1999 a 2003 nebyl již nárůst tak prudký. V roce

2003 uvedlo užití marihuany nebo hašiše 43,6 % dotázaných. Zkušenosti s marihuanou byly v roce 2007 (45,1 %) v podstatě stejné jako při výzkumu v roce 2003. Na následujících místech se objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9,1 %), s užitím halucinogenních hub (7,4 %) a s čicháním rozpouštědel (7,0 %). Zkušenosti s LSD (5,0 %), extází (4,6 %) a amfetaminy (3,5 %) jsou nepříliš časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain jsou v populaci šestnáctiletých minimální (2,0 %, resp. 1,1 %). Také se opětovně potvrdily rozdíly v užívání drog mezi pohlavími, chlapci uvádějí větší zkušenosti s nelegálními drogami než dívky (7).

Denně kouří (tabákové výrobky) cigarety 25 % šestnáctiletých, z nich je téměř 8 % silných kuřáků (vykouří denně více než 11 cigaret). Mezi chlapci bylo v roce 2007 téměř 24 % denních kuřáků, u dívek byla prevalence denního kouření vyšší a to 26,8%. V porovnání s rokem 2003 můžeme zaznamenat mírný pokles denního kuřáctví z 27 na 25 % (7).

V užívání alkoholických nápojů se poměry od 90. let významně nezměnily, což je vzhledem k relativně vysoké spotřebě alkoholu mezi mladými lidmi v ČR varující údaj. Časté pití alkoholu udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak nápadná jako u chlapců, nicméně od roku 1995 vzrůstá u dívek procento těch, které pravidelně pijí pivo, zatímco u jiných druhů alkoholu tomu tak nebylo. V roce 1995 byly dokonce u dívek nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu destiláty. Ve srovnání s rokem 1995 bylo v roce 1999 více častých konzumentů alkoholických nápojů u obou pohlaví a u všech druhů alkoholických nápojů. Mezi rokem 1999 až 2007 je možné sledovat mírný pokles častého pití u chlapců a stabilizaci u dívek. Výsledky ukazují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek. Výskyt v tomto smyslu vymezeného rizikového pití lze v roce 2007 odhadnout na 24 % populace chlapců a 17 % populace dívek ve věku 16 let. Rozdíly mezi rokem 2003 a 2007 naznačují nárůst u dívek z 12,6 % na 16,7 % (7).

Při porovnání změn, k nimž došlo mezi roky 2003 až 2007, musíme upozornit na dvě skutečnosti, které nejsou zanedbatelné:



- 1) u většiny sledovaných drog došlo ke snížení prevalence jejich užívání, výjimkou jsou konopné látky (marihuana), kde se situace nezměnila;
- 2) k výraznému poklesu došlo v případě užívání extáze, což může mít souvislost s odezníváním zájmu o velké technopárty a se zvýšenou kontrolou organizovaných tanečních akcí, včetně lepší prevence v této oblasti (7).

### *Závislost na politickém a náboženském extremismu*

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ve svém rámcovém vzdělávacím programu upozorňuje na důležitost prevence v oblasti rasistických, xenofobních a extremistických postojů. Pedagogové by měli žáky vychovávat k toleranci a respektování lidských práv a k úctě k přírodnímu a kulturnímu prostředí. V základním vzdělávání byla vyčleněna tato průřezová témata: Osobnostní a sociální výchova, Výchova demokratického občana, Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech, Multikulturní výchova, Enviromentální výchova, Mediální výchova. (35)

### *Netolismus*

Netománie (Netholismus) nebo-li závislost na internetu úzce souvisí se závislostí na počítačích a počítačových hrách. Nejčastěji se objevuje u osob mezi 20 až 35 let a jedná se primárně o závislost psychickou nikoli fyziologickou. Lze jí přirovnat k patologickému hráčství, rozdíl mezi netomany a gamblery je malý. U obou je přítomna ztráta sebeovládání a silná touha po chování, které přináší příjemné prožitky. S tímto jevem však souvisí i jisté potíže, které můžeme rozdělit na fyzické ( poškození očí, krční páteře,...), psychické (pokles pozornosti, intelektu,...), sociální ( snížení vzájemné interakce, komunikace s okolím,...) (44).

Internet zaručuje anonymitu, možnost přetvoření pravé identity a odstraňuje překážky v komunikaci. Nabízí bezproblémové naplnění své potřeby (erotické stránky – ztráta zájmu o osobní kontakt a partnery, chatománie – bezproblémová a bezbariérová komunikace s dalšími osobami z bezpečného prostředí např. domova a odstranění obav z přímé komunikace z očí do očí. Ta se postupně vytrácí a nahrazuje ji virtuální komunikace.) Toto se velmi často objevuje ve virtuálním světě, jako jsou chatové

programy, burzy, online okruhy, aukce, nakupování, pornografie, počítačové hry, aj. Nejčastějšími znaky jsou obsedantní myšlenky jedince při práci s internetem a následuje časté snížení sebekontroly při užívání internetu a neschopnost přerušit práci, které později přerůstá v patologické prožívání a mnohdy i jednání **(45)**.

### *Gambling*

Patologické hráčství, neboli gambling je charakteristické nadměrným zaujetím hrou a nutkáním ke hře, bez ohledu na nežádoucí následky tohoto jednání, na úkor sociálních, materiálních rodinných a pracovních hodnot a závazků. Gambling spadá do kategorie návykových a impulsivních poruch. Tato porucha se projevuje změnami v psychice jedince, v prožívání, uvažování i jednání **(50)**. Výherní automaty přitahují především chlapce a často je gambling spojen s dalšími poruchami chování jako jsou toulky či užívání alkoholu a drog **(16)**.

Úkolem prevence je předcházet výskytu tohoto jevu, jeho následkům a recidivám. Především by měla být zaměřena na úroveň jejich myšlení, pocitů, emočního prožívání a na úroveň chování (tzv. vícestupňová obrana) **(15)**.

### *Týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání*

Prevence komerčního sexuálního zneužívání dětí a mládeže i prevence týraných a zneužívaných dětí patří mezi choulostivá témata. Jako taková jsou mnohdy v procesu výchovy a vzdělávání opomíjena. Spory o tom, co a jak má být řečeno, zaměstnávají mnoho odborníků. Děti a dospívající jsou zahlcováni informacemi o sexu, pornografii a násilí. Ovšem vidět a slyšet neznamená porozumět. Je třeba motivovat děti k vytvoření zdravých postojů v této oblasti, k umění kriticky nahlížet na takovéto zprávy, ke vnímání nebezpečných signálů a osvojení dovedností odmítat situace, které je ohrožují. Syndrom CAN - týrané a zneužívané dítě je složitá problematika. V této oblasti přetrvává malá informovanost pedagogů a často i bezradnost při výskytu tohoto negativního jevu. Týrané a zneužívané děti se později často stávají agresory šikany. Je u nich častý výskyt asociálního chování a mají sklon ke zneužívání návykových látek **(30)**.

### *Poruchy příjmu potravy*

Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vnímání vlastního těla, neadekvátnímu hodnocení jeho proporcí a hmotnosti. Rozdělují se na mentální anorexii a mentální bulimii. Mentální anorexii představuje vědomé omezování jídla příjmu potravy a následné rapidní hubnutí. Mentální bulimie je syndrom opakujících se záchvatů přejídání. Následky přejedení se jedinec usiluje zmírnit, nejčastěji formou vyvolaného zvracení, a je si plně vědom chorobných příznaků této poruchy, kterých se snaží zbavit **(12)**. Obě tyto poruchy postihují především dospívající dívky než chlapce. Přesný počet nemocných není znám, protože většina z nich své potíže tají a nehledají lékařskou pomoc. Četnost těchto poruch je tedy pouze odhadována. Mentální anorexie postihuje 0,5 – 1 % ženské populace a mentální bulimii trpí 2 – 6 % žen **(50)**.

### **1.3 Primární prevence**

Jedinou skutečně efektivní obranou proti SRCH D je jeho primární prevence. Ta je samozřejmě úlohou celospolečenskou. Víme, že pokud preventivní doporučení a opatření přicházejí k mladistvému z několika stran, má prevence vyšší účinnost. Základem předcházení sociálně patologickému chování dětí a dospívajících je samozřejmě výchova v rodině. Svou roli by v této oblasti měla plnit i škola a třetím vrcholem tohoto trojúhelníku by měl být ošetřující praktický lékař pro děti a dorost. Ten má při preventivních prohlídkách i při ostatních návštěvách dospívajícího ve své ordinaci jedinečnou příležitost zachytit počínající projevy rizikového chování **(41)**.

Primární prevence rizikového chování je souhrn jakýchkoli zdravotních, sociálních, výchovných či jiných intervencí a opatření směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zmírnění již existujících forem a projevů rizikového chování. Tyto opatření se zaměřují i na další progresi rizikového chování nebo pomohou řešit jeho důsledky. Pojem prevence rizikového chování nahrazuje pojem prevence sociálně patologických jevů **(54)**.

### *1.3.1 Nespecifická / specifická primární prevence*

Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizací volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání (27). Jedná se o činnosti, které přímo nesouvisí s užíváním návykových látek. Obecně programy nespecifické prevence napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně-patologických forem chování a zaměřují se spíše na protektivní faktory vzniku závislosti (9).

Za specifickou primární prevencí pokládáme aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků (27). Velmi významným faktorem efektivní specifické primární prevence je zaměřenost a cílenost preventivního působení, které by mělo být kontinuální a mělo by zahrnovat všechny složky preventivního působení. Proto není možné oddělit a zaměřit preventivní činnost pouze na děti a mládež, ale musí být působení rozšířeno i na rodiče, pedagogy a další blízké autority mající vliv na utváření postojů a jednání dítěte (trenér, vedoucí kroužku, lékař, sociální pracovník, ostatní příbuzní atd.). Dále preventivní činnost musí být velmi kvalitně koordinována, aby byla znemožněna duplicita či rozporuplnost jednotlivých subjektů (45).

### *1.3.2 Všeobecná / selektivní / indikovaná primární prevence*

Specifická primární prevence je realizována na třech úrovních podle rizikovosti cílových skupin.

#### **▪ Všeobecná primární prevence**

Programy všeobecné primární prevence se orientují na běžnou populaci dětí, dospívajících a dospělých bez dalšího dělení ne méně či více rizikové skupiny. Většinou jsou realizovány nestátními neziskovými organizacemi a pedagogicko-psychologickými poradnami (6).

- **Selektivní primární prevence**

Selektivní primární prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislostí a jiných sociálně nežádoucích jevů. Jsou to skupiny více ohrožené než jiné skupiny populace. Selektivní primární prevence je náročnější na čas i prostředky. Je to cílená pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby. Programy tohoto druhu prevence jsou realizovány se skupinami, u nichž všeobecná prevence není účinná (6).

Realizují se programy včasné intervence pro problematické třídy. Jsou to interaktivní programy pro třídní kolektiv, které si kladou za cíl podílet se spolu s učiteli na řešení problémů a předcházet sociálně nežádoucím jevům (šikana, xenofobie, ostrakismus, rasismus), navazovat přátelské vztahy, vytvářet pozitivní klima, zvládat konflikty. Programy nehledají „problémové“ žáky, naopak se snaží o přijetí všech do skupiny, o vzájemnou toleranci (6).

- **Indikovaná primární prevence**

Indikovaná primární prevence směřuje přímo na jedince, kteří jsou více ohroženi sociálně nežádoucími jevy než jejich vrstevníci a jiné osoby v populaci. U těchto jedinců jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové činitele pro vznik závislostí. Poskytovatelé služeb vycházejí z potřeb pedagogů, žáků ve škole, školských zařízení, rodičů. Nabízejí individuální odborné konzultace, buďto telefonické či osobní poradenství. Skupinovou nebo individuální formou realizují programy pro děti s poruchami chování a děti s problémovým postavením ve třídě. Intervence je namířena především na komunikaci, na zvyšování sebedůvěry a sebejistoty, a na sociální učení (6).

Každý typ prevence má své výhody a nevýhody. Všeobecné preventivní programy mohou být nákladnější než selektivní nebo indikovaná prevence, neboť jejich zájem je orientován na celou populaci. Naopak v programech selektivní a indikované prevence hrozí značné riziko stigmatizace participantů, protože se zaměřují na mládež s rizikovým chováním. To může vyvolat vznik dalších problémů (23).

### ***1.3.3 Národní strategie protidrogové politiky 2005–2009***

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 - 2009 je v pořadí čtvrtou strategií za dobu existence České republiky. Ve svých východiscích, principech a cílech navazuje na dosavadní prospěšné kroky, které se v protidrogové politice České republiky za posledních 12 let udály (36). Protidrogovou politiku České republiky představují čtyři základní pilíře – primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog (14).

Jako účinnou strategií uznává vláda ČR komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Uplatňují se tři základní strategie moderní protidrogové politiky. Těmi jsou snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog), snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a resocializace uživatelů) a snižování rizik s jejich užíváním spojených (harm reduction) (36).

### ***1.3.4 Zásady efektivní primární prevence***

Cílem efektivní prevence je zejména předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, oddálit setkání s návykovými látkami do pozdějšího věku a snížit či zastavit experimentování s návykovými látkami. Stručně řečeno nejvýznamnějším ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování. Programy zaměřené pouze na předávání znalostí proto nebývají efektivní (39).

Nešpor (38) souhrnně uvádí zásady efektivní primární prevence:

- Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku.
- Program je malý a interaktivní.
- Program zahrnuje podstatnou část žáků.
- Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život.
- Program bere v úvahu místní specifika.
- Program využívá pozitivní modely.
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.

- Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik.
- Program je soustavný a dlouhodobý.
- Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně.
- Program je komplexní a využívá více strategií.
- Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.
- Selektivní a indikovaná prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky a často vyžaduje individuální přístup a pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby.

Dále efektivní primární prevence užívání návykových látek zahrnuje systém navazujících aktivit jako je například informační a poradenský servis (webové stránky, knihovny, adresáře a databáze poskytovatelů sociálních služeb oblasti primární prevence), koordinační činnost a vzdělávací aktivity pro školní metodiky prevence, pedagogy a rodiče (6).

Programy efektivní primární prevence by měly zahrnovat minimálně tato následující témata:

- a) problematiku užívání návykových látek,
- b) jiné projevy rizikového chování (gambling, rasismus, xenofobie, šikana, týrání a zneužívání dětí, různé formy agresivního chování aj.),
- c) rozvoj sociálních dovedností a efektivní komunikace ve skupině, posilování sebejistoty, zvládání konfliktních situací, práce s emocemi, včasné rozpoznání poruch učení a chování,
- d) podpora zdravého způsobu života, včetně nabídky pozitivních alternativ trávení volného času (29).

Účinně zasáhnout do rizikového chování mohou též tzv. peer programy. Koncept peer programů vychází ze základního poznatku, že v období dospívání výrazně působí na formování jedince vrstevníci. Dle výzkumů je tento přístup velmi efektivní, ovšem jeho realizace je dosti náročná. Při uskutečňování peer programů je nezbytná intenzivní práce s tzv. „peery“ (25). Slovo „peer“ je přejato z anglického jazyka a vyjadřuje v širším pojetí někoho, s nímž se cílová skupina může ztotožnit. Hlavní roli zde hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání. Jestliže se cílová

populace s nositeli preventivního programu identifikuje, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi. V životě se totiž dostává do obdobných situací jako nositelé programu (37).

### **1.3.5 *Evaluace***

Evaluace a diagnostika jsou klíčovými nástroji zvyšování účinnosti prevence. Cílem evaluace preventivních aktivit je objektivní zjištění, které preventivní aktivity vykazují při působení na dospívající efektivitu a které naopak nejsou účinné. Výstupem evaluace nejsou kvantitativní údaje, ale komplexní poznatky, které se promítají do procesu preventivní intervence (24).

V reálných podmínkách činnosti škol a školských zařízení jsou mnohé projekty systematicky evaluovány a prokazují požadovanou účinnost. Na základě těchto zkušeností vznikají metody hodnocení prevence, jsou to postupy tvořící základ metodologie hodnocení preventivních programů a stávají se také součástí programů v praxi (24).

O potřebě evaluace dnes vládne jednomyslná shoda a převažuje názor, že evaluace by měla být základní složkou každé školní intervence, protože:

- pomáhá zjistit, zda aktivity přinášejí požadované výsledky,
- poskytuje možnost reagovat na probíhající aktivity,
- nabízí informace potřebné k přizpůsobování, zdokonalování programů,
- umožňuje zpětnou vazbu,
- seriózní zhodnocení projektu zvyšuje jeho důvěryhodnost.

Nutno však zdůraznit, že evaluace nemá být kontrolou ani dohledem nad studenty, nýbrž je nástrojem k důkladnějšímu porozumění toho, co se odehrává uvnitř školy (8).

Hlavním cílem evaluace je vymezení témat, která významně souvisejí s realizací preventivního programu. Zaměření je orientováno do tří oblastí.

• **Evaluace plánování preventivního programu** obsahuje vypracování plánu a návrh preventivní intervence. Navrhuje cíle programu vzhledem k cílové skupině. Bere v úvahu míru výskytu sociálně patologických jevů a na tomto základě se rozlišují formy prevence. Kromě definování cílové skupiny zahrnuje plánování také definování



intermediární cílové skupiny, kterou tvoří pedagogové, rodiče a určitá část ostatní populace.

- **Evaluace průběhu preventivní intervence** hodnotí realizaci preventivního působení a postoj účastníků k programu. Obsahuje zpracování informací o aktivitách v rámci programu (volnočasové aktivity, zájmová činnost, aktivní sociální učení). Průběh sleduje i vývoj očekávaných výsledků z kvantitativního (počet účastníků) a kvalitativního (pokles či nárůst negativních jevů) hlediska.

- **Evaluace výsledku preventivní intervence** ověřuje, zda bylo dosaženo zamýšlených cílů. Hodnocení kvality a efektivity preventivních programů určují roviny:

- psychosociální klima ve škole, prospěch, kázeň,
- posun v postojích a hodnotových systémech,
- behaviorální projevy vztahující se k sociálně patologickým jevům, popř. k delikventnímu chování.

Evaluační proces je součástí komplexního preventivního programu. Výsledky procesu by měli sloužit především k rozvíjení a zkvalitnění stávajících programů a napomáhat ke zpomalení či zastavení nepříznivého vývoje společensky nepřijatelných jevů u dětí a mládeže v České republice (24).

#### 1.4 Vývoj primární prevence

Před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí ve školách a školských zařízeních školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky především pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví – Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Prevence závislostí se dlouho vztahovala pouze k alkoholu a tabáku. Lektori veškerých preventivních aktivit byli starší lékaři a jejich působení spočívalo převážně v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování. Diskuse byla téměř nemožná. Všechny aktivity ve školách byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol. Po roce 1989 přibylo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky. Hlavním impulsem byly různé mezinárodní projekty, které měly za cíl nastartovat preventivní práci v České republice. Od roku

1989 se začaly rozvíjet i školící aktivity pro pedagogy v oblasti drogové prevence. Jednak proto, že docházelo k nárůstu problémů s drogami v naší společnosti, ale také proto, že experti upozorňovali na fakt, že škola je po rodině tím nejdůležitějším prostředím, ve kterém je zapotřebí realizovat preventivní práci (34).

Primární prevence prošla od konce 80. let velkým rozvojem, avšak nelze říci, že je dostupná dětem všech věkových kategorií. Na tomto faktu se podílí mnoho faktorů charakteru personálního, organizačního i finančního. Pozitivně je hodnocen například mohutný odklon od jednorázových akcí typu besed se žáky a naopak tendenci realizovat dlouhodobé preventivní programy alespoň pro určitou věkovou kategorii (13).

## **1.5 Školní primární prevence**

Primární prevence nežádoucích jevů u žáků v působnosti MŠMT je zaměřena na předcházení zejména rizikových jevů v chování žáků a na rozpoznání a zajištění včasné intervence v krizových případech (27).

Základním principem strategie prevence nežádoucích sociálně patologických jevů v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k přisvojení si pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti, k odmítání všech podob sebeustrukce a porušování zákona (33).

Zvláštním školním dokumentem je školní řád, který musí mít doporučenou úpravu ve vztahu k prevenci sociálně patologických jevů ve školách. Hovoří se v něm o zákazu užívání a manipulace návykových látek a pokud někdo toto pravidlo porušuje, má škola povinnost tuto skutečnost hlásit zákonnému zástupci, orgánu sociálně-právní ochrany dětí, policii České republiky. Podobným postupem se škola má řídit i v případě dalších nežádoucích forem chování jako například krádež či vandalismus (27).

### **1.5.1 Školní metodik**

Školní metodici zodpovídají za realizaci prevence na škole. Hrají tedy klíčovou roli při sestavování Minimálního preventivního programu, při zajišťování a koordinování aktivit školy v oblasti prevence. Nezbytným krokem pro rozvoj prevence

je vyškolení skupiny školních metodiků s cílem podpořit jejich osobnostní rozvoj, seznámit je se zásadami efektivní primární prevence, rozšířit jejich vědomosti a dovednosti v rámci primární prevence. Důležitým bodem je metodiky naučit získávat finanční prostředky na jejich projekty i seznámit je se sítí poskytovatelů sociálních služeb (6). Školní metodik prevence se také podílí na soustavném vzdělávání pracovníků a dalších pedagogů školy v oblasti prevence, spolupracuje s okresním metodikem preventivních aktivit a navrhuje vhodné odborné a metodické materiály a jiné pomůcky pro realizaci Minimálního preventivního programu a navazujících preventivních aktivit školy nebo zařízení. Dále se zabývá tvorbou opatření při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení a na základě pověření ředitele školy spolupracuje s dalšími krizovými, poradenskými a preventivními zařízeními (28).

### ***1.5.2 Minimální preventivní program***

Minimální preventivní program je konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností (27).

Na tvorbě a realizaci Minimálního preventivního programu se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence, při tvorbě a vyhodnocování Minimálního preventivního programu spolupracuje školní metodik prevence dle potřeby s metodikem prevence v pedagogicko – psychologické poradně. Tento dokument je zpracováván na jeden školní rok a podléhá kontrole České školní inspekci. Také je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy (27).

Výchovně vzdělávací působení uplatňované v rámci těchto programů musí respektovat životní realitu a musí být přizpůsobováno s ohledem na věk a osobnostní charakteristiky jedinců cílové skupiny (24).

Právě na Minimální preventivní program by měl navazovat program specifické primární prevence, který je součástí místního a regionálního systému preventivního

působení. Programy primární prevence by měly respektovat běžný provoz školy a podřizovat se základním principům a cílům preventivního působení v rámci školní docházky. Patří sem:

- a) integrace programu primární prevence do běžné školní výuky,
- b) podpora a rozvoj vlastních mechanismů školy pro podporu zdravého způsobu života,
- c) vytvoření podmínek pro efektivní spolupráci v rámci zařízení i s dalšími subjekty (29).

Základními kompetencemi prevence v rámci podpory zdraví a zdravého životního stylu jsou zvyšování sociální schopnosti, posilování komunikačních dovedností, vytváření pozitivního sociálního klimatu a formování postojů ke společensky akceptovaným hodnotám (32).

### ***1.5.3 Volnočasové aktivity***

Volný čas je doba, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí. Jde o činnosti, do nichž vstupujeme na základě svobodného rozhodnutí a které nám přinášejí příjemné zážitky a uspokojení. Mezi hlavní funkce volného času se řadí odpočinek (regenerace pracovní síly), zábava (regenerace duševních sil) a rozvoj osobnosti (spoluúčast na vytváření kultury) (11).

Volný čas se však může dokonce stát zdrojem velmi vážného ohrožení. Při neřízeném trávení volného času dochází k velké části úrazů dětí. Mladí lidé svým konáním ohrožují sebe i druhé experimentováním s drogami, z nudy překračují předpisy, dopouštějí se šikany svých vrstevníků, krádeží, stávají se agresivní (42).

Volnočasové aktivity nenabízí pouze školství, ale také například občanská sdružení dětí a mládeže, nevládní organizace pracující s dětmi a mládeží, tělovýchovné spolky, střediska pro volný čas, komerční organizace (sportovní a kulturní organizace). Na organizování volného času rizikových skupin mládeže se zaměřují například některé církevní organizace. Bohužel stále chybí nabídky zájmových klubů či center, kam by mohla mládež přijít kdykoliv a vybrat si momentálně vyhovující činnost, jako tomu je v některých vyspělých zemích. Pokud je volný čas kvalitně a pestře naplněn, dává dítěti

šanci, že v něčem z toho bude úspěšné, a zmenšuje se tak pravděpodobnost, že něco zničí, že někoho zmlátí, že se opije nebo že sáhne po drogách. Volný čas dětí a jeho naplňování žádoucími aktivitami hraje významnou roli při utváření osobnosti mladého člověka a při jeho pozitivní socializaci (33).

Specifickou zvláštností volného času dětí a mládeže je to, že z didaktických důvodů je žádoucí jeho výchovné ovlivňování. Dítě v této oblasti potřebuje citlivé a nenásilné vedení, poněvadž ještě nemá dostatek zkušeností a nedovede se orientovat ve všech zájmových činnostech. Důležité je též prostředí, ve kterém děti tráví volný čas. Mnoho z nich prožívá své volné chvíle na ulici, ve veřejných prostranstvích, často bez jakéhokoli dohledu. Tímto bývá často ohrožena jejich výchova i bezpečnost (42).

## **1.6 Charakteristika cílové skupiny primární prevence**

Cílové skupiny můžeme rozdělit na dva typy: primární cílové skupiny a sekundární cílové skupiny. Primární cílovou skupinou je ta část populace, u které chceme zabránit vzniku nežádoucího jevu. Jsou to nejčastěji děti a mládež od předškolního věku až po dospělost. Starší skupiny této populace, např. vysokoškolští, ale někdy i středoškolští studenti, se mohou stát sekundární cílovou skupinou. To je část populace, která bude mít vliv na skupinu primární jako intermediátor. Do sekundární cílové skupiny řadíme dále pedagogy, vychovatele, rodiče, lékaře, psychology, novináře apod. (34).

### ***1.6.1 Děti a mládež***

Velice ohroženými sociálně patologickými jevy se jsou děti a dospívající mládež. Je možno určit si cílovou skupinu z dětí a mládeže, která je nejvíce ohrožena sociálně patologickými jevy, jsou to např. hyperaktivní děti, děti selhávající ve škole, poruchami chování, dětí zneužívané a týrané v rodinách, z dysfunkčních rodin, děti z míst, kde je vysoká úroveň kriminality, z rodin žijících pod hranicí životního minima, děti z neúplných rodin, aj. (21).

Cílem výchovně vzdělávacího působení v oblasti primární prevence sociálně patologických jevů je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v přiměřené míře svému věku. Tím je míněno posílení duševní odolnosti vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům, schopnost dělat samostatná (hlavně pokud možno správná) rozhodnutí, schopnost týmové spolupráce, správně řešit problémy a v neposlední řadě podílet se na vytváření prostředí a životních podmínek **(31)**.

### ***1.6.2 Pedagogičtí pracovníci***

Předpokladem naplňování cílů v oblasti prevence je vyučující - vzdělaný, odborně erudovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený. Svou osobností se pozitivně podílí na vývoji sebeuvědomění žáka a je schopen přednášet za aktivní účasti dětí. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti nežádoucím jevům vyžaduje systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních **(31)**.

### ***1.6.3 Rodina***

Nelze počítat s předpokladem, že škola zcela přejímá zodpovědnost za výchovu ke zdravému životnímu stylu. Především rané zkušenosti, které dítě nabývá v rodinném prostředí, jsou pro další vývoj dítěte určující. Do výchovně vzdělávacího procesu na školách a ve školních zařízeních musíme proto zapojit také rodiče. Ti jsou posléze zpětnou vazbou pozitivně ovlivňováni směrem k přijetí a osvojení zdravého životního stylu. Je tedy nezbytná informovanost rodičů o postojích školy nebo školského zařízení k preventivní strategii a o oblasti sociálně patologických jevů **(30)**.

Nejúčinnější a nejlevnější prevencí je zdravá výchova dětí v rodině a ve škole. Dobrá rodinná výchova dětí je i programem prevence jednotlivých zdraví poškozujících a život znehodnocujících závislostí a jevů. Účinnost prevence je dána především souladem a spoluprací mezi rodinou a školou **(32)**.

#### **1.6.4 Specifické cílové skupiny**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy metodicky zabezpečuje a koordinuje specifickou primární prevenci na meziresortní úrovni a úzce spolupracuje při realizaci preventivních aktivit s fungující sítí koordinátorů a metodiků. Do kategorie specifických cílových skupin patří meziresortní pracovní skupina, krajští školští koordinátoři prevence, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden, školní metodici prevence a nestátní neziskové organizace zabezpečující zejména aktivity, které v systému prevence chybí **(31)**.

Prevence předpokládá spolupráci celé řady složek společnosti. Vedle rodinného prostředí, škol a školských zařízení je třeba sladěných a propojených opatření v oblasti sociálně právní ochrany dětí, zdravotnických zařízení, místní samosprávy, nestátních neziskových organizací, poradenských institucí ve školství, duchovních sdružení, policie, kulturních středisek, zájmových organizací, podnikatelských subjektů a podobně. Mnohé je oblasti prevence sociálně patologických jevů dlužná mediální sféra, kde je naprostá absence systémového působení ve smyslu výchovy a vzdělávání k příznivému a zdravému životnímu stylu **(31)**.

#### **1.7 Dospívání**

V základním – biologickém pojetí lze období dospívání vymezit jako životní etapu, kdy dochází k pohlavnímu zrání, k plné reprodukční schopnosti a k dokončení tělesného růstu. Současně s biologickým zráním probíhá řada psychických a sociálních změn. Tyto změny na sobě probíhají do jisté míry závisle (ovšem závislost není úplná a ani neznamena přímou příčinnou podmíněnost) **(18)**.

Etapa dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu dekádu života, a to od 10 do 20 let **(51)**.

Konkrétněji můžeme dospívání rozdělit období dospívání na tři fáze:

- fázi časnou (10, popřípadě 11 let až 13 let),
- fázi střední (14 až 16 let) a
- fázi pozdní (17 až 20 let, nebo také mnohem déle) **(19)**.

### *1.7.1 Vývojové změny*

Vývojové změny v adolescenci se podle většiny autorů dají klasifikovat na biologické, kognitivní, emocionální a psychosociální. Tyto vývojové charakteristiky jsou vzájemně provázány, ovšem musíme je v různých etapách adolescence neustále aktualizovat a specifikovat **(19)**.

Dospívající by měl v relativně krátké době zvládnout několik důležitých životních úkolů: ● vytvořit si základní identitu své osobnosti a systém hodnot,

- vybrat si povolání a připravit se na něj,
- plynule a postupně se oprostit od rodiny,
- vytvořit si zdravý vztah k druhému pohlaví **(20)**.

#### *Biologické změny*

Primární změny, které uvádějí dítě do adolescence, se týkají změn hormonálních. Hladina hormonů se většinou začíná zvyšovat okolo osmého roku života, přičemž zjevné sekundární pohlavní znaky se objevují obvykle o čtyři až pět let později. Vedle vývoje primárních a sekundárních znaků je pro pubertu charakteristický zrychlený růst (výška, váha). Tyto pubertální změny včetně reprodukční schopnosti jsou sledovány v mnoha zemích. Ukazuje se, že jsou univerzální a jejich načasování ovlivňují faktory jako socioekonomický status, výživa či systém zdravotní péče. Dochází též k sekulární akceleraci. Tímto termínem se označuje trend zrychlování růstu, váhy, a pohlavního dospívání v posledních sto letech **(19)**.

#### *Kognitivní změny*

Dle Piagetovy teorie můžeme časnou fázi adolescence charakterizovat jako období utváření formálních operací. Mezi jedenáctým a patnáctým rokem se rozvíjí abstraktní myšlení, schopnost představit si reálně neexistující, operování s abstraktními pojmy, kombinační schopnosti a hledání alternativních řešení problémů. Rozšiřuje se horizont myšlení a poznávání zejména směrem k vlastní budoucnosti, přítomnosti i minulosti. Tímto se zvyšují pocity autonomie a hodnoty jedince **(19)**.



Dospívající se nápadně zajímá o pojmy jako pravda, spravedlnost, právo. Jeho myšlení se stává kritickým. S prudkým rozvojem těchto schopností silně kontrastují projevy nezralosti. Chybí mu ještě psychická vytrvalost, zvláště ve stresových situacích, realistické hodnocení, dobrá komunikace v oblasti složitější problematiky **(20)**.

Vývoj inteligence pokračuje po celou dobu dospívání. U lidí v intelektově náročných profesích se tento vývoj rozvíjí ještě mezi 20. a 30. rokem života, avšak v podstatě se intelektové schopnosti ke konci dospívání blíží ke svému vrcholu **(20)**.

### *Emocionální změny*

V tomto období se emoce (vztek, smutek, radost, stud, odpor) projevují nohem častěji a zřetelněji. Navíc se tyto emoce objevují i mizí zcela nečekaně, nemívají dlouhé trvání **(3)**.

Pro časnou adolescenci se dá vztáhnout názor, že se jedná o čas zvýšené emoční lability. Vyskytují se tu období krizí a pocitových zvrátů, které souvisejí s hormonálními změnami, se zvýšenou mírou sebereflexe a egocentričností. Ovšem ne vždy je tento vývoj tak bouřlivý a dramatický. Musíme vzít v úvahu individuální typologické rozdíly. Velký význam mají také kulturní a sociální faktory, způsob a styl výchovy. Zvláštní smysl mají i city estetické, city související s erotickou sférou života a mravní cítění **(19)**.

### *Psychosociální změny*

Adolescence má v životě velkou společenskou hodnotu. V rámci procesu socializace dochází k integraci společenských rolí do osobnosti dospívajícího. Nezastupitelným typem vztahu v druhé dekádě lidského žití je vztah vrstevnický. Plní funkci komunikační a interakční, dochází zde k vlastnímu sebehodnocení. Jedinci vytvářejí malé či větší skupiny, tzv. party, které posilují sociální statut a pocity významnosti. Mají specifickou úlohu při získávání pocitu vlastní autonomie, doplňují či nahrazují rodičovskou podporu a stabilizují jedince v procesu biologických, psychických a sociálních změn. Vědomí skupinové příslušnosti může ovšem vést i

k rizikovému chování, protože právě pro seskupení vrstevníků jsou typické skupinové formy aktivit (konzumace drog, delikvence, promiskuita, násilí, atd. **(19)**).

Ve vztazích s rodiči je dospívání svým způsobem násilný proces. Psychoanalytikové hovoří dokonce o fenoménu symbolické „vraždy“ rodičů. Mladý člověk intenzivně vnímá dvě protikladné potřeby. První potřebou je potřeba být závislý, která konfrontuje s druhou potřebou, potřebou oddělit se od své rodiny. Stejně tak, jako chce být jedinec v tomto věku milován a přijímán, hledá tak vlastní identitu a popírá tím hodnoty a pravidla rodičů. Je tedy nutné, aby rodiče s dospívajícím o všem mluvili, aby projevovali porozumění a respektovali jeho soukromí **(3)**.

Pro období puberty je typický vznik užšího přátelského vztahu s osobou stejného pohlaví. V těchto důvěrných vztazích, přetrvávajících často až do dospělosti, mladí lidé sdílejí své pocity a zkušenosti. Posléze se začíná projevovat zájem o osoby opačného pohlaví, který je zpočátku velmi nejistý a tápavý. Mezi 13. a 15. rokem dochází obvykle k prvnímu zamilování, většinou neopětovanému **(48)**. Tělesné dospívání je spojeno s rozvojem erotických pocitů a myšlenek. Mladí v tomto věku dovedou mluvit o sexu se svými kamarády, ale s partnerem ze stydlivosti o tomto tématu nehovoří **(51)**.

Dalším oblastí vývoje v psychosociální oblasti je nalezení vlastní identity dospívajícího. Jde o uvědomění se sebe sama jako svébytné osoby, která má své cíle, hodnoty, přátelství i sexuální vztahy. S tímto souvisí i vývoj sociální kompetence adolescenta. Jedinec si v tomto věku vybírá přiměřený studijní obor či pracovní začlenění. Úspěch na studijním životě nebo pracovním začleněním ovlivňuje však nejen inteligence, ale i motivace, připravenost akceptovat sociální normy a schopnost snášet frustraci při neúspěchu **(12)**.

### ***1.7.2 Návyková rizika u dětí a dospívajících***

Návyk je získaný sklon k vykonávání určité činnosti. Vybavuje se samočinně, automaticky, bez uvažování a rozhodování. Vzniká buď bezděčně prostým opakováním (dynamický stereotyp), nebo se utváří záměrně cvičením **(53)**.

Problematika drog a drogových závislostí je důležitá sama o sobě. Návykové látky mohou i dekompenzovat jiné duševní problémy dospívajících a jiné duševní

poruchy (např. hyperaktivita s poruchami pozornosti) také zvyšují riziko problémů s návykovými látkami. Proto mají návykové látky u dětí a dospívajících specifická rizika (12).

Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících:

- Závislost se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebují dospělí často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců).
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování.
- Z obdobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.
- U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné jasné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, emocionálního vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.)
- I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých odvětvích života (rodina, škola, trestná činnost atd.)
- Je zde také častější sklon zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje nebezpečí otrav a dalších komplikací.
- Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval mnohdy bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebného snažení (38).

## **2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle práce**

Hlavním cílem této práce je posoudit účinnost primární prevence rizikového chování na základních školách. Dalším cílem je vzhled do výskytu rizikového chování u žáků základních škol.

### **2.2 Hypotézy práce**

Na základě stanovených cílů, odborné literatury a mých zkušeností jsem stanovila dvě hypotézy.

H1: Hlavní rizikový zdroj vedoucí k zapojení dítěte do rizikového chování vychází od vrstevníků.

H2: Primární prevence ve školách nezahrnuje veškeré formy rizikového chování.

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použité metody**

Výzkum byl realizovaný na náhodně vybraném vzorku respondentů u žáků 2. stupně 9. tříd základních škol v regionu Příbramsko. Školy byly vybrány kvótním náhodným výběrem, přičemž kvótou byla lokalita sběru dat, dále věk respondenta a jeho pohlaví. Vzhledem k velkému počtu respondentů proběhlo celé šetření kvantitativní metodou technikou anonymních dotazníků. Dále jsem použila kvalitativní metodu sběru dat prostřednictvím polořízeného rozhovoru. Rozhovor probíhal se školními metodiky prevence, kteří působili ve škole, kde se konal sběr dat pro kvantitativní výzkum. Cílem kvalitativního šetření bylo získat základní data a povědomí o realizované prevenci ve školách, se zaměřením mimo jiné na spouštěče a věk rizikového a návykového chování. Tyto data byly komparovány s daty získanými kvantitativním výzkumem.

### **3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Výzkumný soubor A tvoří žáci 9. tříd základních škol v regionu Příbramsko. Sběr dat probíhal na 3 základních školách. V každé škole byly dotazovány dvě 9. třídy. Základní školy zachovám v anonymitě, kde jsem nucena toto vykonat z důvodu požadavku vedení a statutárních zástupců škol.

Celkem bylo rozdáno 133 dotazníků, přičemž 6 jich bylo vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění, kdy zařazení těchto odpovědí by značně mohlo zkreslit výsledky celého výzkumu. Zastoupení respondentů dle pohlaví bylo v pořádku. Na všech základních školách byla návratnost dotazníkového šetření 100 %. Celkem tedy výzkumný soubor A tvoří 127 respondentů. Poměr počtu dotazovaných žáků jednotlivých škol je téměř vyrovnaný. Vyplňování dotazníků proběhlo v rámci vyučování bez časového omezení v předmětu občanská a rodinná výchova, jehož zájmem je i primární prevence rizikového chování. Nikdo z vedení škol v tomto neviděl

problém. Žáci bez větších komplikací dotazník samostatně vyplnili a dle slov vyučujících jim toto šetření nijak nevadilo.

Výzkumný soubor B reprezentují školní metodici prevence sociálně patologických jevů na výše zmíněných základních školách v okrese Příbram. Sběr dat formou polořízeného rozhovoru trval průměrně 40 minut. Rozhovor probíhal opět bez větších obtíží. Spolupráce se všemi metodiky byla bez problémů. Školními metodiky byly ženy v rozmezí 28 až 45 let. Bylo vidět, že mají větší či menší znalosti v oblasti rizikového chování. Pro přehled je označuji ŠM 1, ŠM 2 a ŠM 3. Též domluva s řediteli jednotlivých škol byla dobrá, vedení mi v této oblasti vyšlo velice vstříc.

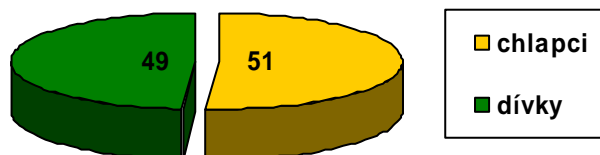
Výzkum byl realizován v měsících březnu a dubnu roku 2008.

Pro zpracování dat byly užity skupinové sloupcové a výsečové grafy, které porovnávají hodnoty pro jednotlivé základní školy. Hodnoty v grafech jsou v procentech.

## 4 VÝSLEDKY

Soubor A:

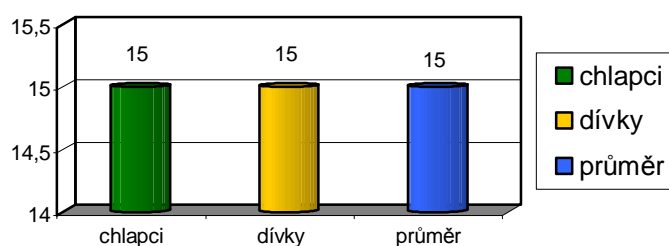
Otázka č. 1, Graf 1: **Pohlaví respondentů** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Poměr chlapců a děvčat činí je téměř stejný. 51 % respondentů je mužského pohlaví a 49 % je pohlaví ženského.

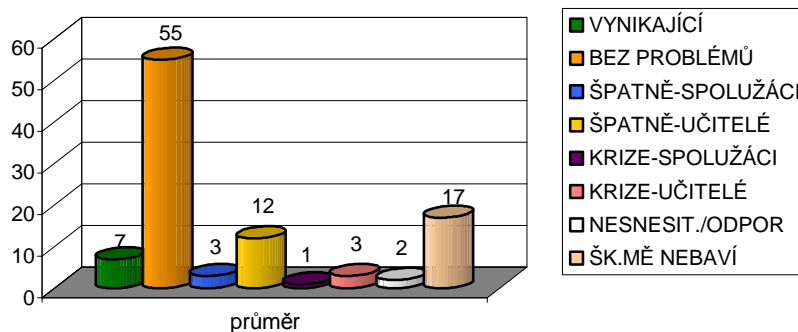
Otázka č. 2, Graf 2: **Věk respondentů** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 2 vyplývá, že průměrný věk dotazovaného souboru A je 15 let.

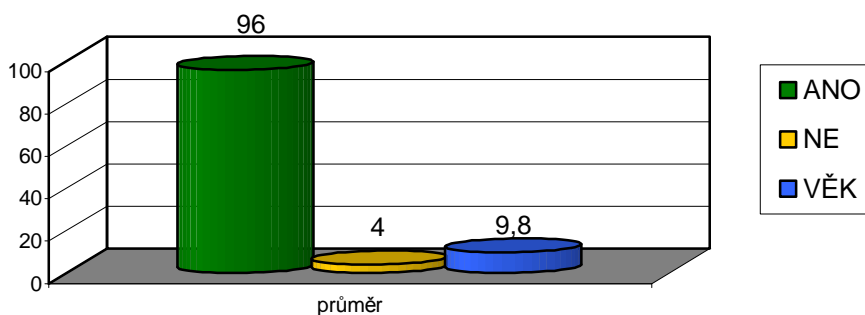
Otázka č. 3, Graf 3: **Atmosféra školního prostředí** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Bez problémů či velmi dobře se ve škole cítí v průměru většina dotazovaných a to 62 %. 17 % respondentů škola nebaví. Za povšimnutí stojí údaj, že 12 % žáků se ve škole cítí špatně kvůli problémům s některými učiteli.

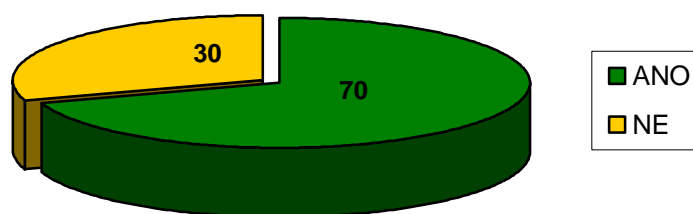
Otázka č. 4, Graf 4: **Zkušenost s alkoholem** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu plyne, že průměrně má zkušenost s alkoholem 96 % dotazovaných a pouhé 4 % dotazovaných zkušenost ještě nemá. Průměrný věk prvního kontaktu s alkoholem je 9,8 let.

Otázka č. 5, Graf 5: **Zkušenost s opilostí** (v %)

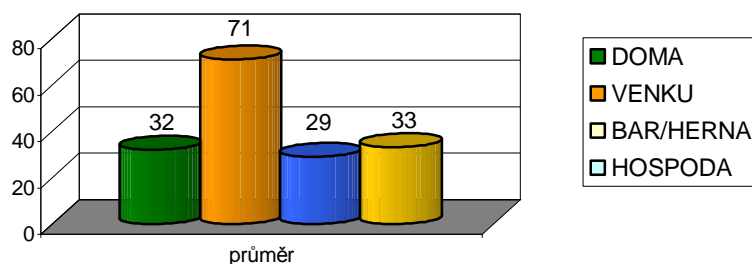


Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně 70 % žáků se již opilo. Zbýlých 30 % respondentů opilost alkoholem neuvedla.



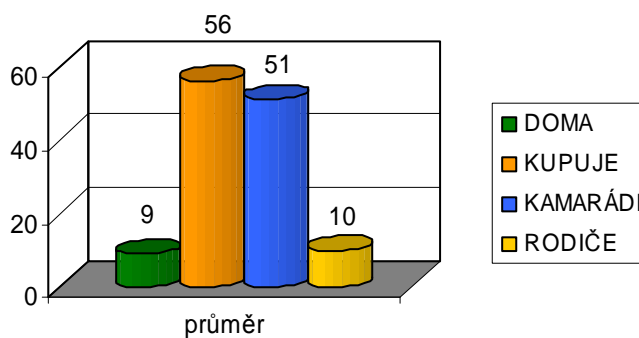
Otázka č. 6, Graf 6: **Místo konzumace alkoholu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi nejčastější místa konzumace alkoholu v průměru žáci zařadili v 71 % možnost „venku“. Následuje odpověď „v hospodě“ (33 %) a „doma“ (32 %). Průměrně 28 % žáků zvolilo možnost „bar herna“. Respondenti mohli uvést více možností.

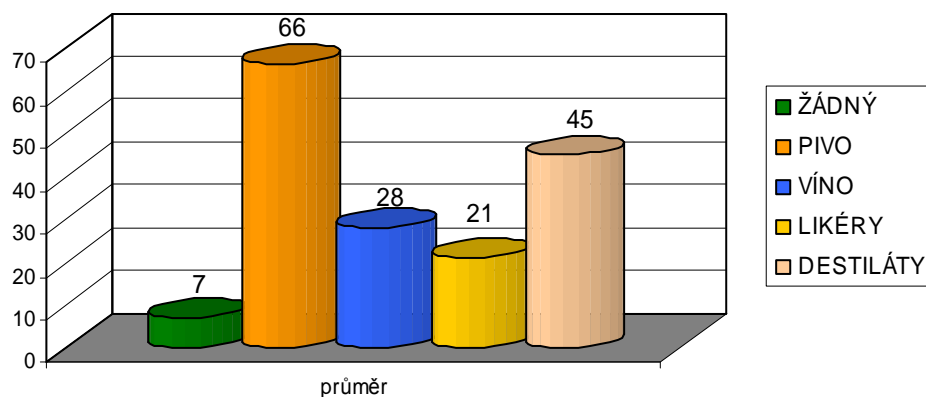
Otázka č. 7, Graf 7: **Zdroj alkoholu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastějším zdrojem alkoholu je, jak z grafu plyne, jeho kupování. 56 % respondentů nemá s nákupem alkoholu problém. Dalším uváděným zdrojem alkoholu jsou v 51 % kamarádi. V průměru zbylých 19 % zahrnují zdroj „doma“ nebo „rodiče“. Respondenti mohli uvést více možností.

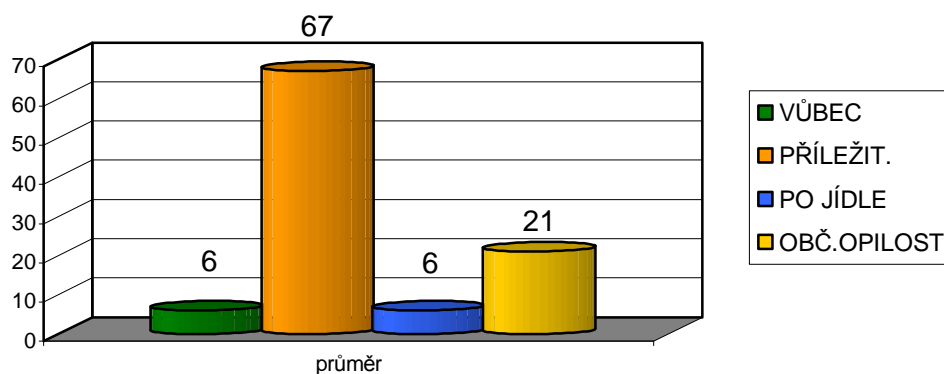
Otázka č. 8, Graf 8: **Preferovaný alkohol** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Jako nejoblíbenější druh alkoholu bylo vybráno průměrně ze všech škol v 66 % pivo. Překvapivě velké části žákům chutnají destiláty a to ve 45 %. Dalším uváděným druhem bylo víno (28 %) a likéry (21 %). Pouhým 7 % respondentů ze všech škol nechutná žádný alkohol. Respondenti mohli uvést více možností.

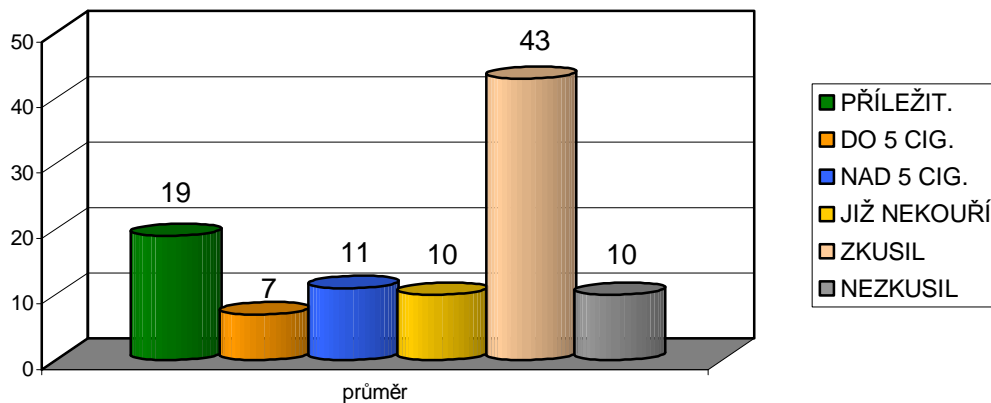
Otázka č. 9, Graf 9: **Frekvence pití alkoholu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Dohromady 67 % žáků ze 127 pije alkohol příležitostně. Následující nejčastější odpovědí byla „občasná opilst“ (21 % dotázaných). 6 % žáků pije alkohol denně a 6 % vůbec.

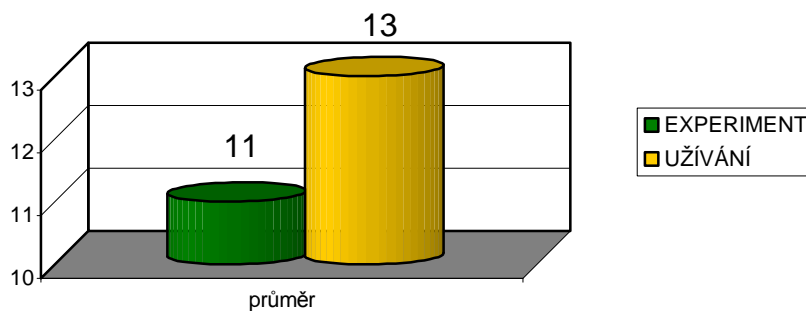
Otázka č. 10, Graf 10: **Kouření tabákových výrobků** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V průměru 43 % dotázaných již zkusilo kouřit tabákové výrobky. Příležitostně kouří 19 % žáků. Pravidelné kuřáctví se vyskytuje u 18 % dotázaných, z toho 7 % kouří do 5 cigaret denně a 11 % více jak 5 cigaret denně. 10 % respondentů již nekouří a 10 % žáků z celkového počtu 127 ještě tabákový výrobek nezkusilo.

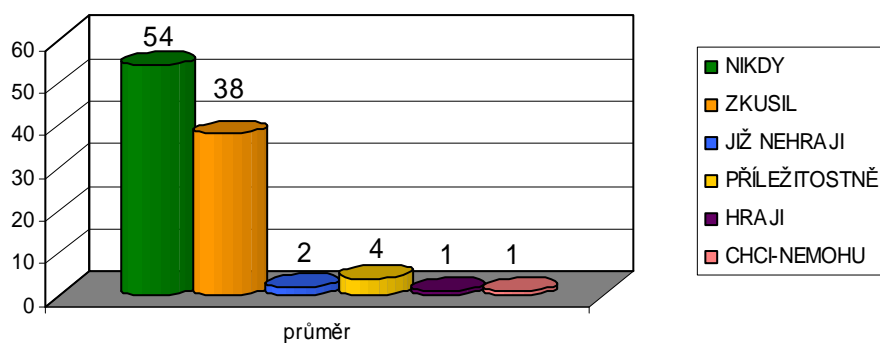
Otázka č. 11 a č.12, Graf 11: **Věk experimentu s tabákem a věk pravidelného užívání tabáku** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrný věk experimentu s tabákovými výrobky je 11 let. Průměrný věk užívání tabáku je 13 let.

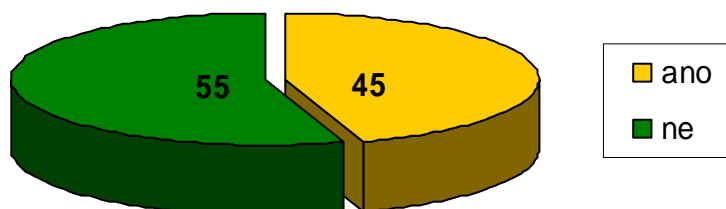
Otázka č. 13, Graf 12: **Zkušenost s gamblingem** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

54 % dotázaných nemá zkušenost s hrou na výherních automatech. 38 % žáků tuto zkušenost má. Průměrně 4 % respondentů hraje příležitostně, 2 % již nehrají, 1 % hraje pravidelně a 1 % by automaty hrálo, ale nemá na to peníze.

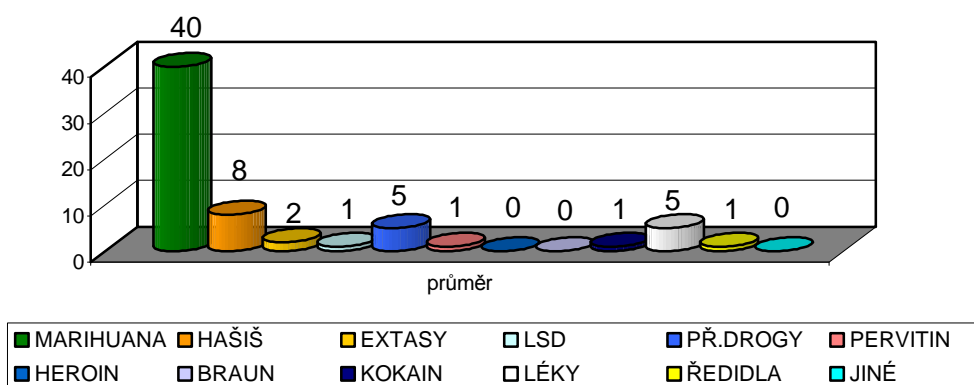
Otázka č. 14, Graf 13: **Vlastní zkušenost s ilegální drogou** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

45 % všech dotázaných má zkušenost s ilegální drogou. 45 % respondentů tuto zkušenost dle svých výpovědi nemá.

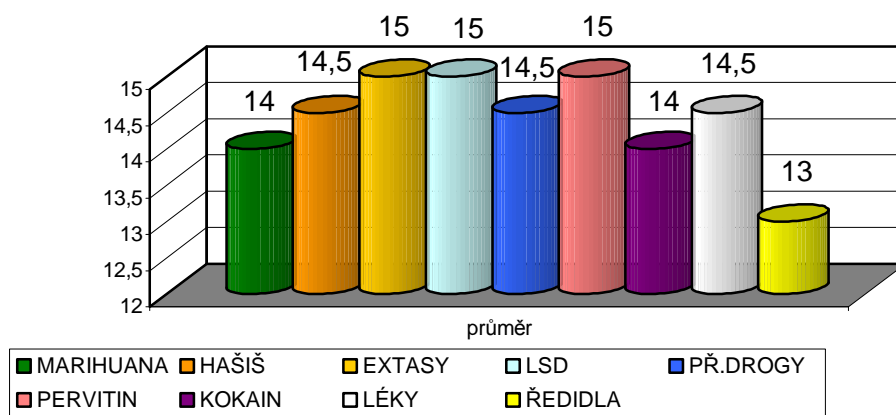
Graf 14: Užití dle počtu žáků (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

40 % dotazovaných z celkového počtu 127 užilo marihuanu, 8 % žáků užilo hašiš, 2 % užilo extázi, 5 % žáků užilo přírodní drogy a též 5 % si vzalo lék aniž by je něco bolelo. 1 % respondentů užilo LSD, pervitin, kokain a ředidla. Heroin a braun neuvedl žádný dotazovaný.

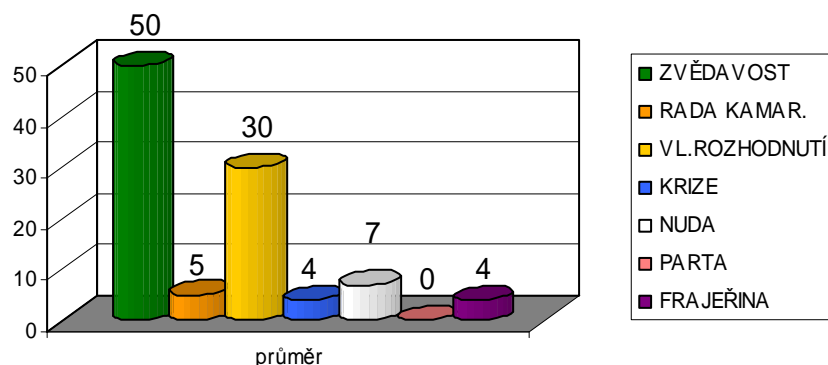
Graf 15: Užití dle věku žáků (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Marihuanu žáci poprvé užili průměrně ve 14, hašiš ve 14,5, extázi v 15, LSD v 15, přírodní drogy ve 14,5, pervitin v 15, kokain ve 14., léky ve 14,5 a ředidla ve 13 letech věku, přičemž výsledky týkající se LSD, kokainu a ředidel jsou statisticky nevýznamné z důvodu velmi nízkého zastoupení respondenty

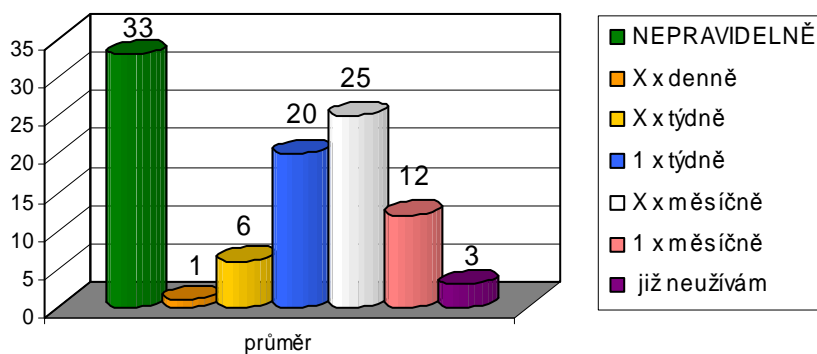
Otázka č. 15, Graf 16: **Důvod užití drogy** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ti, co drogu užili uvedli jako nejčtenější důvodem zvědavost (50 %). Poté následuje ve 30 % vlastní rozhodnutí. 7 % žáků užilo drogu z nudy, 5 % žáků si vzalo drogu na radu kamaráda, 4 % uvedli jako impuls pro užití krizi a 4 % jí užili z frajeřiny. Žádný z respondentů nevedl odpověď, že požil drogu proto, aby se nezesměšnil v partě.

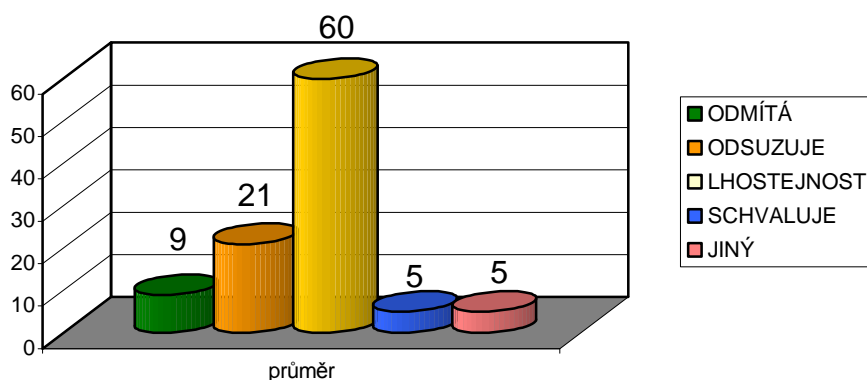
Otázka č. 16, Graf 17: **Frekvence užívání drog** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z těch, co drogu užili či užívají jich 33 % užívá drogu nepravdělně. 25 % dotazovaných užívá drogy několikrát do měsíce, 20 % jednou týdně, 12 % jednou měsíčně, 6 % několikrát týdně, 1 % vícekrát denně a 1 % drogy již neužívá.

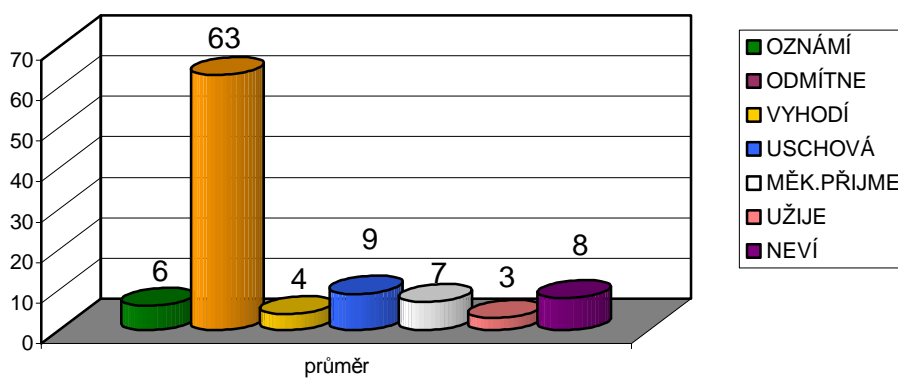
Otázka č. 17, Graf 18: **Postoj k drogám** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V průměru 60 % žáků má lhostejný postoj k drogám, je jim to tzv. jedno. Braní drog odmítá či odsuzuje 30 % dětí. 5 % žáků užívání drog schvaluje a 5 % uvedlo jinou možnost.

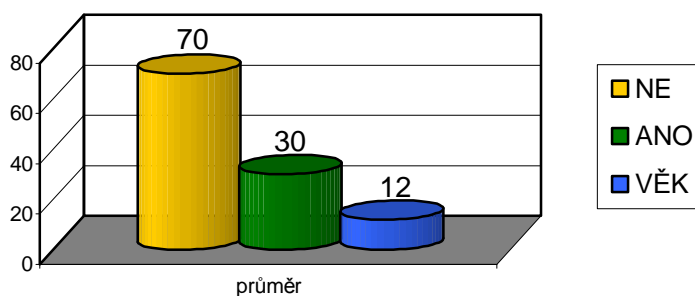
Otázka č. 18, Graf 19: **Reakce při nabízení drogy** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější reakci na nabídku drog bylo odmítnutí (63 %). 9 % respondentů by drogu přijalo a uschovalo. 8 % neví, jak by se zachovalo. 7 % žáků by měkkou drogu přijalo, tvrdou odmítlo. 6 % žáků by toto oznámilo, 4 % by drogu přijalo a vyhodilo, 3 % by ji užili a 8 % neví, jak by se zachovalo.

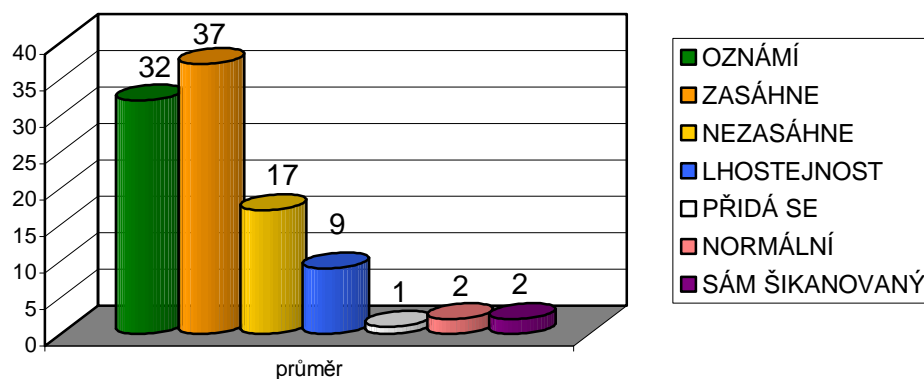
Otázka č. 19, Graf 20: **Zkušenost se šikanou** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zkušenost se šikanou má 70 % respondentů, 30 % uvedlo odpověď „ne“. Průměrný věk, ve které se s opakovaným ubližováním setkali, je 12 let.

Otázka č. 20, Graf 21: **Postoj k šikaně** (v %)

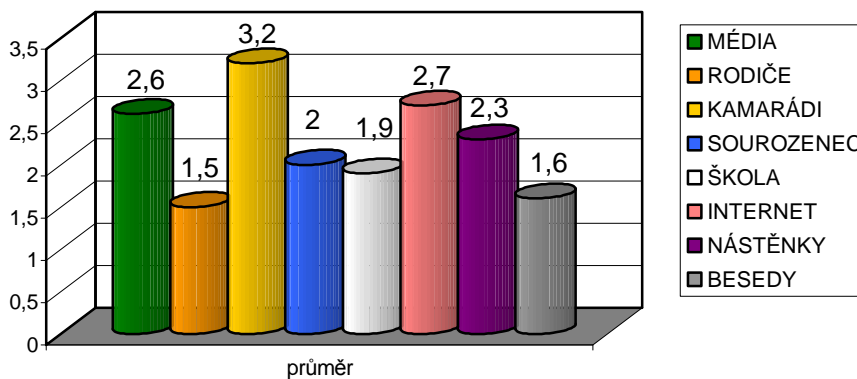


Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčtenější odpovědí v otázce „postoj k šikaně“ byla reakce zasáhnutí do problému šikany. Tuto možnost zvolilo 37 % dotazovaných. 32 % žáků by šikanu oznámilo nějaké autoritě. 17 % respondentů by do šikany nijak nezasahovalo. 9 % je tento problém lhostejný. 2 % si myslí, že je šikana normální, 1 % by se k šikaně přidalo a 2 % respondentů uvedlo, že se bránit nemohou a jsou sami šikanováni.



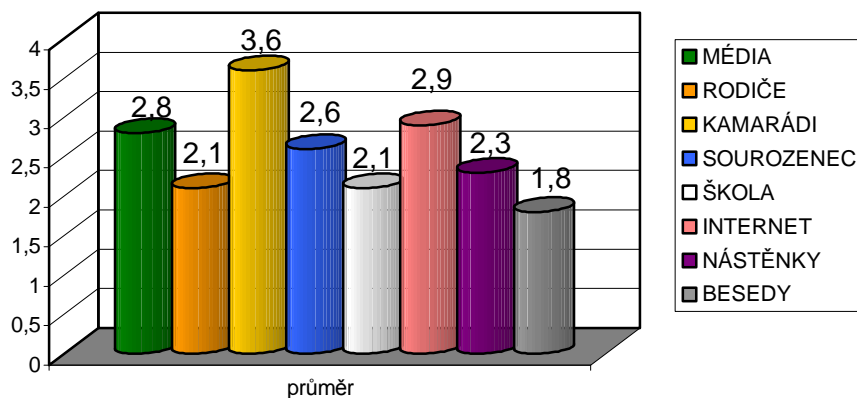
Otázka č. 21, Graf 22: **Hodnocení zdrojů informací o tabákových výrobcích** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace o tabáku na škále 1 až 5 jako 3,2 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 – navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,7, z médií – 2,6, z nástěnek – 2,3, od sourozenců – 2, ze školy – 1,9, z besed – 1,6 a nakonec od rodičů – 1,5.

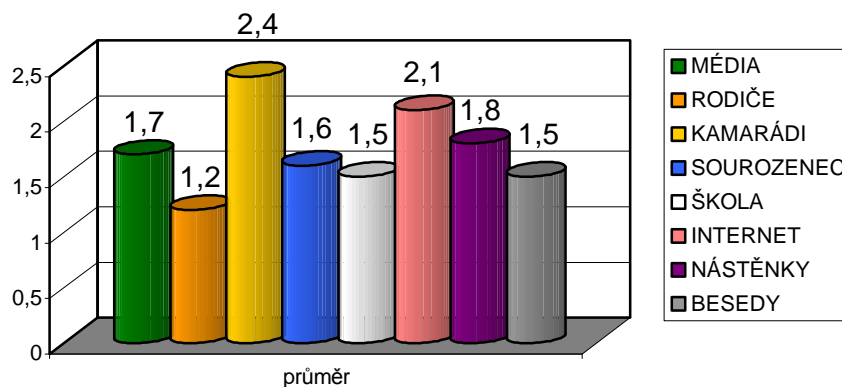
Otázka č. 22, Graf 23: **Hodnocení zdrojů informací o alkoholu** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace o alkoholu na škále 1 až 5 jako 3,6 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 – navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,9, z médií – 2,8, od sourozenců – 2,6, z nástěnek – 2,3, ze školy – 2,1, od rodičů – 2,1 a nakonec z besed – 1,8.

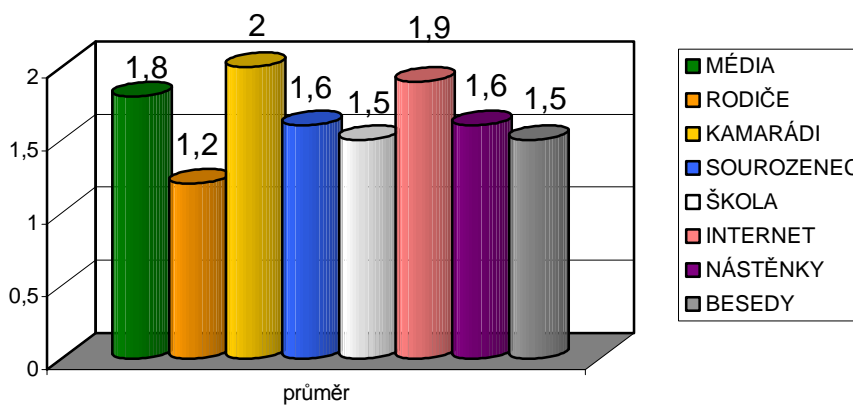
Otázka č. 23, Graf 24: **Hodnocení zdrojů informací o drogách** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace o drogách na škále 1 až 5 jako 2,4 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 –navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,1 , z nástěnek – 1,8 , z médií – 1,7 , od sourozenců – 1,6 , ze školy – 1,5 , z besed – 1,5 a nakonec od rodičů – 1,2.

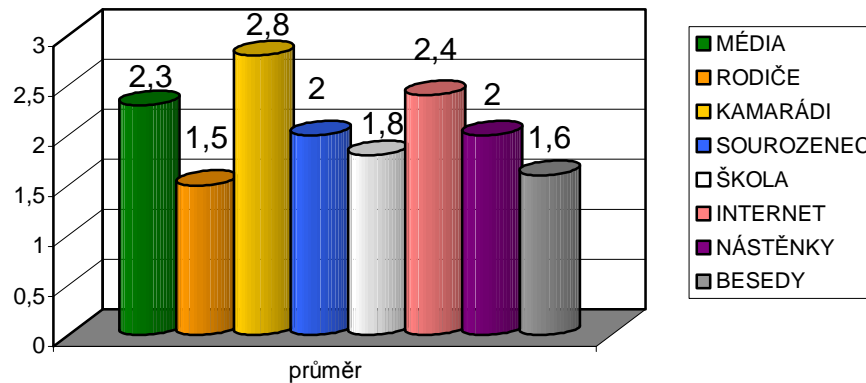
Otázka č.24, Graf 24: **Hodnocení zdrojů informací o šikaně** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace o šikaně na škále 1 až 5 jako 2 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 –navádějící k užití). Následují informace z internetu – 1,9 , z médií – 1,8 , z nástěnek – 1,6 , od sourozenců – 1,6 , ze školy – 1,5 , z besed – 1,5 a nakonec od rodičů – 1,2.

Graf 25: **Zdroje informací průměrně** (v absolutních číslech)



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace na škále 1 až 5 jako 2,8 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 –navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,4 , z médií – 2,3 , z nástěnek – 2 , od sourozenců – 2 , ze školy – 1,8 , z besed – 1,6 a nakonec od rodičů – 1,5.

Soubor B:

Školními metodiky (ŠM) prevence sociálně patologických jevů na základních školách byly ženy ve věku 28 až 45 let. ŠM 1 působí na ZŠ 1, ŠM 2 vykonává svojí profesi na ZŠ 2 a ŠM 3 pracuje na ZŠ 3.

**Otázka 1: Jak dlouho působíte na škole jako metodik prevence? Zhodnoťte prosím krátce svojí praxi, zkušenosti, psychickou či časovou zátěž této profese.**

ŠM 1: Jako školní metodik působím 1 rok (zástup za MD). Tato práce mě baví, ovšem není pro ní dostatečný časový prostor.

ŠM 2: Školního metodika dělám 3 roky. Je to časově velice náročné, není zde žádná úleva jako u VP či koordinátora ITC, přesto mám toto poslání velice rád. Hlavním úkolem je nejenom prevence, ale také naslouchání a pomoc těm, kteří mě o to požádají. Dále zajišťování preventivních programů, jejich hodnocení apod.

ŠM 3: Jako školní metodik pracuji již 7 let. Myslím si, že sociálně patologických jevů na školách neustále přibývá, roste agresivita mezi dětmi. U problematických žáků je často horší spolupráce s rodiči. Při plném úvazku učitele je velmi náročné plnit úlohu školního metodika na 100 %.

**Otázka 2: V kolika letech si myslíte, že děti začínají experimentovat s alkoholem a z jakého důvodu?**

ŠM 1: Myslím, že děti ochutnají alkohol již v mladším školním věku, tak kolem 8 let. Je jim podáván rodiči při slavnostních příležitostech

ŠM 2: Myslím, že děti zkoušejí pít alkohol už na I. stupni /4–5.třída/. Alkohol jim nabídnou rodiče. Podle mě chtějí být něčím zajímavé, chtějí zkusit něco nového.

ŠM 3: Experimentovat s alkoholem začínají děti velmi brzy. Řekla bych, že již na I. stupni. První kontakt dle mého soudu mají na rodinných oslavách, s rodiči, či je rodiče pomocí alkoholu snaží vyléčit z nemoci.

**Otázka 3: Myslíte si, že žáci devátých tříd již mají zkušenost s alkoholem = už se alespoň jednou opili?**

ŠM 1: Myslím, že určitě ano. Pokud bych měla odhadnout v procentech kolik žáků se již opilo, tak cca 30 %.

ŠM 2: Myslím, že určitě ano a domnívám se, že minimálně 70 % se již opilo.

ŠM 3: Určitě zkušenost mají. Domnívám se, že minimálně 90 % žáků devátých tříd se již opilo.

**Otázka 4: Jakým způsobem, z jakých zdrojů, si myslíte, že si děti alkohol nejčastěji získávají?**

ŠM 1: Myslím, že nejčastěji od kamarádů a rodičů.

ŠM 2: Nejčastěji ho získávají doma, přímo od rodičů. Později si alkohol kupují sami, u kamarádů, na oslavách.

ŠM 3: Nejčastěji berou alkohol doma nebo si ho koupí v obchodě. Prodavačky věk nezjišťují a často jim alkohol bez problému prodají.

**Otázka 5: V kolika letech si myslíte, že děti začínají experimentovat s kouřením (tabákové výrobky) a z jakého důvodu? Můžete v procentech odhadnout kolik žáků devátých tříd pravidelně kouří tabákové výrobky?**

ŠM 1: Děti zkoušejí kouřit tak v 10 letech, hlavním důvodem je zvědavost. Domnívám se, že u žáků devátých tříd je výskyt kouření vysoký, tak 60 % žáků pravidelně kouří.

ŠM 2: Žáci experimentují s tabákem již ve 3.- 4. třídě. U žáků 9. tříd je okolo 13% pravidelných kuřáků (údaje jsou z letošního dubnového dotazníku).

ŠM 3: Opět si myslím, že experimentovat s tabákovými výrobky začínají děti již na I. Stupni (4. třída). Důvody užití jsou různé, především však z nudy, pokusení zkusit něco zakázaného a samozřejmě vliv kamarádů. Tipuji, že 50 % žáků devátých tříd pravidelně kouří cigarety.

**Otázka 6: V kolika letech si myslíte, že děti začínají experimentovat s ilegálními drogami? Pokud žáci nějaké ilegální drogy užívají či užívali, jaké drogy nejčastěji?**

ŠM 1: Experimentovat s drogami začínají děti v 15 letech a nejčastěji užívají marihuanu.

ŠM 2: Mezi užívané ilegální drogy patří určitě marihuana, ale tento poznatek není ověřený. Vím to pouze z rozhovorů či interaktivních bloků, které jsou na téma drog zaměřené. Dotazník nebyl dělán. Jinak s drogami experimentují žáci 7.-8. tříd.

ŠM 3: První zkušenosti s ilegálními drogami přicházejí dle mě kolem 14. roku věku a jako nezkoušenější drogu shledávám marihuanu.

**Otázka 7: Z jakého důvodu si myslíte, že děti ilegální drogu užijí?**

ŠM 1: Důvodů může být více a jsou různé, ale jako nejčastější spouštěč experimentu spatřuji zvědavost a obavu ze zesměšnění v partě.

ŠM 2: Myslím, že mezi hlavní důvody patří zvědavost, frajeřina či strach ze zesměšnění mezi kamarády.

ŠM 3: Jako důvod užití ilegálních drog vidím zvědavost, rada kamaráda, nudu a frajeřinu.

**Otázka 8: Jakým způsobem, z jakých zdrojů si myslíte, že si děti ilegální drogy nejčastěji získávají?**

ŠM 1: Myslím si, že je shánějí na diskotékách.

ŠM 2: Ilegální drogy získávají od známých či starších žáků /bývalí žáci, sídlištní děti, domácí párty.../.

ŠM 3: Nejčastější zdroj drog jsou podle mě kamarádi.

**Otázka 9: Myslíte si, že děti na Vaší škole mají zkušenost s opakovaným ubližováním (šikana)?**

ŠM 1: Myslím, že ano, ale procentuálně zkušenost se šikanou vyjádřit nedovedu.

ŠM 2: Domnívám se, že ano. Ovšem kolik žáků zkušenosti má, nedovedu odhadnout.

ŠM 3: Myslím si, že v 80 % mají děti zkušenost se šikanou, aniž by byly samy obětí.

**Otázka 10: Myslíte si, že děti mají zkušenost s hrou na výherních automatech?**

ŠM 1: Řekla bych, že 30% žáků má s hrou na výherních automatech vlastní zkušenost. Ale o tomto typu sociálně patologického jevu příliš v rámci primární prevence nehovoříme.

ŠM 2: Zkušenost asi mají, ale nemáme potvrzeny žádné poznatky, že by žáci automaty hráli.

ŠM 3: Myslím si, že tak 10 % dětí má zkušenost s hrou na výherních automatech. Tohle je dle mého názoru velice těžké posuzovat. S dětmi o tomto chování příliš nemluvíme.

**Otázka 11: Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace o alkoholu z:**

ŠM 1: a) média	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití

ŠM 2: a) média	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 - 2 - 3 - 4 - 5	navádějící k užití

h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
ŠM 3: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití

**Otázka 12: Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace o tabákových výrobcích z:**

ŠM 1: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití

ŠM 2: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití

ŠM 3: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití



**Otázka 13: Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace o ilegálních drogách z:**

ŠM 1: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití

ŠM 2: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití

ŠM 3: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití

**Otázka 14: Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace šikaně z:**

ŠM 1: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití

ŠM 2: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 – 5	navádějící k užití

d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
ŠM 3: a) média	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití	1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití

Otázka 15: **Primární prevence na Vaší škole AKTIVNĚ zahrnuje tyto oblasti rizikového chování:**

ŠM 1: a) záškoláctví

b) šikana

c) rasismus, xenofobie

d) kriminalita, delikvence, vandalismus

e) užívání návykových látek včetně nemocí a důsledky s tím spojené

f) závislost na politickém a náboženském extremismu

g) netolismus (virtuální drogy)

h) patologické hráčství (gambling),

i) domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže,

j) poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie)

k) jiné:.....

ŠM 2: a) záškoláctví

b) šikana

c) rasismus, xenofobie

d) kriminalita, delikvence, vandalismus

e) užívání návykových látek včetně nemocí a důsledky s tím spojené

f) závislost na politickém a náboženském extremismu

g) netolismus (virtuální drogy)

h) patologické hráčství (gambling),

i) domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže,

j) poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie)

k) jiné:...kyberšikana, závislost na PC hrách

- ŠM 3: a) záškoláctví  
 b) šikana  
 c) rasismus, xenofobie  
 d) kriminalita, delikvence, vandalismus  
 e) užívání návykových látek včetně nemocí a důsledky s tím spojené  
 f) závislost na politickém a náboženském extremismu  
 g) netolismus (virtuální drogy)  
 h) patologické hráčství (gambling),  
 i) domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže,  
 j) poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie)  
 k)jiné:.....

**Otázka 16: Jakou formou u vás probíhá primární prevence? Můžete tyto formy zhodnotit čísly od 1 do 5 ( 1 = odrazující od rizikového chování, 5 = navádějící k rizikovému chování)**

ŠM 1: Primární prevence u nás probíhá formou přednášek a filmů ve veřejných zařízeních. Tuto formu hodnotím na škále 1- odrazující, 5- navádějící k RCH jako číslo 3. Dále pouštíme videoprojekce přímo ve škole, účinnost této formy hodnotím číslem 1, dále máme nástěnky-2, aktivní diskuse a besedy s učiteli-1, informační letáčky a jiné materiály-3.

ŠM 2: Primární prevence u nás probíhá formou přednášek a filmů ve veřejných zařízeních. Tuto formu hodnotím na škále 1- odrazující, 5- navádějící k RCH jako číslo 3. Dále pouštíme videoprojekce přímo ve škole, účinnost této formy hodnotím číslem 1, dále máme nástěnky-2, aktivní diskuse a besedy s učiteli-1, informační letáčky a jiné materiály-2. Také máme tématické interaktivní bloky, besedy s odborníky (př. kriminalista, pracovník probační a mediační služby apod.) To shledávám velmi efektivním. Především však primární prevenci provádíme ve výuce – Rodinná výchova, Občanská výchova, Dramatická výchova.

ŠM 3: Primární prevence u nás probíhá formou přednášek a filmů ve veřejných zařízeních. Tuto formu hodnotím na škále 1- odrazující, 5- navádějící k RCH jako číslo 3. Dále pouštíme videoprojekce přímo ve škole, účinnost této formy hodnotím číslem 1,

dále máme nástěnky-2, aktivní diskuse a besedy s učiteli-1, informační letáčky a jiné materiály-2.

**Otázka 17: Jaká oblast rizikového chování je dle Vaší úvahy v současné době na vaší škole mezi žáky devátých tříd nejproblémovější?**

ŠM 1: Za největší problémové rizikové chování považuji na naší škole kouření a jeho vysoký výskyt mezi žáky.

ŠM 2: Nejproblémovější oblasti je určitě tzv. kyberšikana. U nás se zatím vyskytla jen 1 sms, ale jak můžeme vidět i z televize, je to velmi nebezpečná oblast a proto jí zařazuji i do primární prevence na naší škole.

ŠM 3: V současné době shledávám za největší problém na naší škole vysoký výskyt kouření jak tabáku tak marihuany a nadměrné pití alkoholu. Velmi často mívají děti o víkendu se spolužáky různé oslavy narozenin, či navštěvují diskotéky a tam alkohol bez problému konzumují bez jakéhokoli dohledu.

**Otázka 18: Myslíte si, že primární prevence na Vaší škole je / není účinná?**

ŠM 1: Myslím si, že primární prevence na naší škole není dostatečně účinná. Řekla bych, že je toho spoustu co vylepšovat. Ovšem tato oblast je časově náročná a není na to mnoho času. I zapojení dalších pedagogů je minimální. Na škále 1 až 5 (1- naprosto neúčinná, 5-velmi účinná) bych PP označila číslem 3.

ŠM 2: Jako dostatečně účinnou jí shledat nemohu. Sice už žáky od I. stupně učíme k otevřenosti a včasnému řešení různých problémů. Ví, že se na nás mohou vždy obrátit a že nic není neřešitelné. Snažíme se o pozitivní přístup a tak se nám vcelku daří případné problémy řešit včas. Jistě, že není vše v pořádku a problémy jsou, ale týkají se spíše záškoláctví. Na škále 1 až 5 (1- naprosto neúčinná, 5-velmi účinná) bych PP označila číslem 3.

ŠM 3: Nemyslím si, že by PP na naší škole byla dostatečně účinná, stejně tak ji nehodnotím absolutně neúčinnou. Na škále 1 až 5 (1- naprosto neúčinná, 5-velmi účinná) bych PP označila číslem 3.

## 5 DISKUSE

Cílem této práce bylo posoudit účinnost primární prevence rizikového chování na základních školách. K tomuto úkolu jsem využila jak kvantitativní tak kvalitativní výzkum. Získaná data vzájemně komparuji v diskusi za účelem splnění cíle práce a potvrzení či vyvrácení předem stanovených hypotéz.

První dvě otázky byly identifikační. Zjišťovala jsem jimi pohlaví a věk respondentů (graf 1 a 2).

Třetí otázkou jsem zkoumala, jak dítě vnímá atmosféru školního prostředí. Většina žáků (62 %) se zde cítí dobře, 17 % dětí škola nebaví a zbytek (21 %) respondentů má ve škole problémy s učiteli či spolužáky. Toto je, jak uvádí Vágnerová (49), jeden z klíčových indikátorů k případnému zapojení do rizikového chování, což můžeme vnímat jako rizikový faktor pro vznik nežádoucího chování. Dalším faktorem pro úspěšnou prevenci je přijetí preventivního dění. Toto nebude naplněno v případě dětí, které mají problémy s učiteli či které škola nebaví nebo vyvolává nepřekonatelný odpor. (graf 3). Právě vyučující je předpokladem k naplňování cílů v oblasti prevence, měl by být vzdělaný, odborně erudovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený (31). Pokud tedy žák pedagoga odmítá, je zde možné nebezpečí vzniku rizikového chování. Toto potvrzuje názor Nešpora (40), že problémy s návykovými látkami zvyšuje cynická, odcizená školní atmosféra, která postrádá nabídku pozitivních hodnot.

Další otázky již navazovaly na rizikové chování, konkrétně se týkaly zkušenosti s alkoholem. Jak můžeme z grafu 4 vyčíst, 96 % dotazovaných uvedlo, že již alkohol ochutnalo. Průměrný věk prvního užití alkoholického nápoje je 9,8 let. Na zkušenost žáků s alkoholem jsem se tázala i školních metodiček (dále jen ŠM). První metodička uvedla, že k prvnímu užití alkoholu dochází v 8 letech. Dvě metodičky se domnívají, že alkoholické nápoje děti okusí již v mladším školním věku, tak ve 4.-5.třídě (9-10 let). Primární prevence tedy přichází před vlastním experimentem s alkoholem, což je, jak uvádí Nešpor (38) základní předpoklad pro její efektivnost. Všechny tři metodičky se také shodly na prvotním zdroji alkoholických nápojů. Jako podavatele alkoholu uvedli

rodiče (př. přípitek při rodinných oslavách). Z empirického šetření dotazníků žáků mohu tento fakt jedině potvrdit Z tohoto plyne, že rodina je velkým rizikovým faktorem pro vznik proalkoholového chování, přičemž právě zdravá výchova v rodině je nejlevnější a zároveň nejúčinnější prevencí, která určuje další vývoj dítěte **(30,32)**.

Zkušenosti respondentů s opilostí znázorňuje graf 5. 70 % respondentů se již opilo a zbytek tento stav ještě nepocítilo. Opět jsem chtěla znát názor školních metodiků. ŠM 1 si myslí, že 30 % žáků 9. tříd se již opilo. ŠM 2 odhaduje, že 70 % a ŠM 3, že 90 % žáků se již opilo. Domnívám se, v návaznosti na získaná data, že ŠM 1 poněkud podceňuje žakovské zkušenosti s alkoholem, což rozhodně není příznivým faktorem pro účinnost preventivních opatření.

Otázky 6, 7, 8 a 9 se také týkají alkoholu. Odpovědi na šestou otázku prezentuje graf 6, z kterého můžeme vyčíst místo konzumace alkoholu. Nejčastěji respondenti pijí alkohol venku, tuto odpověď zvolilo 71 % z celkového počtu. 62 % dotazovaných konzumuje alkohol v baru či v hospodě, aniž by jim bylo 18 let. Otázka 7 zjišťuje zdroj alkoholu. Z grafu 7 vyplývá, že zdrojem pro získávání alkoholického nápoje je nejčastěji obchod. Většina (56 %) dotazovaných si jej koupí. Je tedy více než jasné, že zde selhává prevence prodeje alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Osmá otázka a graf 8 ukazuje preferovaný druh alkoholu. Nejvíce preferovaným druhem alkoholu je pivo (66 %), což potvrzuje i studie ESPAD **(7)**. Na dalším místě se pohybují destiláty (45 %), víno (28 %) a likéry (21 %). Pouhých 7 % žáků uvedlo, že jim nechutná žádný. Respondenti mohli uvést více možností, přičemž nejčastější kombinací bylo užívání piva a destilátů (vodka). Zarážející skutečností je frekvence pití alkoholu, kterou zjišťovala otázka 9 (graf 9). Opět musím souhlasit se studií ESPAD a tvrzením, že spotřeba alkoholu je relativně vysoká **(7)**. 67 % respondentů pije alkohol příležitostně (většinou na diskotékách či oslavách kamarádů), 21 % žáků se občas opije, 6 % pije alkohol denně a pouhých 6 % vůbec alkohol nepožívá. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že je v ČR nízká vymahatelnost zákona a velmi snadná dostupnost alkoholu a to i díky toleranci a podceňování nebezpečnosti alkoholu společností. Podle Nešpora **(38)** je dřívější kontakt s alkoholem podstatně rizikovější pro vznik závislosti. Z tohoto důvodu je i zákon na ochranu dětí a mládeže před alkoholismem a jinými

toxikomániemi. Je patrné, samotné dodržování zákona neprobíhá ani v rodinách, kde je rodina nejučinnější činitel pro formování a výchovu dítěte **(30)**.

Otázky 10 a 11 se ptaly na zkušenost s tabákovými výrobky. Téměř polovina respondentů již experimentovala s kouřením cigaret a to průměrně v 11-ti letech. Tímto mohu vyvrátit skutečnost, že děti experimentují s cigaretami ve 12-ti až 14-ti letech **(8)**. I průzkum Mládež a drogy 2007 **(7)** udává jako věk prvního užití tabáku 12 let, což je o jeden rok více, než-li jsem zjistila v mém výzkumu. Zajímavým údajem je, že 18 % respondentů pravidelně kouří, z toho 11 % více jak 5 cigaret denně (graf 10). Pravidelně začínají děti kouřit ve 13 –ti letech (graf 11). Tuto oblast opět srovnám s názory školních metodiček. Všechny ŠM se shodly na věku experimentu. Uváděli, že kouřit cigarety zkoušejí žáci v 10 letech, což je o 1 rok více nežli uvedli respondenti. Primární prevenci tedy na kouření zaměřují včas, ještě před věkem prvního užití. ŠM 1 se přehnaně domnívá, že 60 % žáků 9. tříd pravidelně kouří tabák, ŠM 3 udává 50 % a ŠM 2 13 % pravidelných kuřáků. ŠM 3 má opět nejsprávnější informace. Provedla na své škole dotazníkové šetření týkající se kouření tabákových výrobků. Využívá na své škole evaluaci, což jí pomáhá lépe porozumět tomu, co se odehrává uvnitř školy, poskytuje možnost reagovat na probíhající aktivity a lépe tak proniká mezi žáky a projevy rizikového chování **(8)**. Souhlasím tedy s názorem, že je evaluace jedním ze základních podmínek efektivní primární prevence **(24)**.

Zkušenost s hrou na výherních automatech znázorňuje graf 12 (otázka 15). Vyzdvihuji fakt, že 38 % respondentů již automaty hrálo, přestože jsou hry na výherních automatech v ČR do 18-ti let zakázané. Toto opět svědčí o nedostatečné vymahatelnosti zákona. Z výzkumu jsem také zjistila, že 4 % respondentů hrají příležitostně. Dle Pokorného **(44)** je však příležitostné hraní již druhým stupněm k možnému patologickému hráčství. Zbylé 2 % respondentů (1 % hraje pravidelně a 1 % by hrálo, nemá však peníze) již projevují známky gamblingu. Z vlastního vyhodnocení dat vyplynulo, že podstatně větší vlastní zkušenosti s hraním mají chlapci. Tento názor podporuje i Kříž **(16)** a dodává, že gambling je často spojen s dalšími poruchami chování jako například užívání alkoholu či drog. Z rozhovoru se školními metodičkami jsem pochopila, že oblasti patologického hráčství se školní metodičky

v rámci primární prevence na 100 % nevěnují. Mají i nejasnou představu o výskytu tohoto rizikového chování. Výskyt gamblingu u žáků ŠM 1 odhaduje na 30 %, ŠM 3 na 10 % a ŠM 2 se domnívá, že zkušenosti žáci určitě mají, ale nemá potvrzeny žádné poznatky o tomto jevu. Primární prevenci právě tohoto typu rizikového chování tedy lze označovat za dosti obtížnou a jen málo ovlivnitelnou školou.

Otázky 15 až 18 se dotazovaly na problematiku ilegálních drog. Vlastní zkušenost se zakázanou drogou má 45 % respondentů (graf 13). Graf 14 ukazuje užití drogy dle počtu žáků. Za zmínku stojí 40 % zkušenost s marihuanou a 8 % zkušenost s hašišem. Výsledky mého výzkumu potvrzují i data ESPAD 2007 (7), kde nejčastěji uváděnou nelegální látkou byla právě marihuana. Dle Nešpora (38) je však i pouhé experimentování s návykovými látkami spojeno s většími problémy v různých odvětvích života. Proto bychom téměř poloviční zkušenost respondentů s ilegální drogou neměly brát jen jako symptom složitějšího procesu dospívání.

Následujícími nejčastěji užívanými drogami jsou přírodní drogy (5%) a léky (5%). Ty v převážné většině užívají dívky než chlapci. Další užívání drog jako extáze (2%), kokain (1%) a ředidla (1%) shledávám za statisticky nevýznamné (graf 14). Opět tyto údaje mohou srovnat s výzkumem ESPAD, kde se za marihuanou objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9,1 %), s užitím halucinogenních hub (7,4 %) a s čicháním rozpouštědel (7,0 %). Zkušenosti s LSD (5,0 %), extází (4,6 %) a amfetaminy (3,5 %) jsou nepříliš časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain jsou v populaci šestnáctiletých minimální (2,0 %,.) (7). Ilegální drogy dotazovaní užíli průměrně ve věku 14 let (graf 15). Věk užití marihuany je též 14 let, což nesouhlasí s výsledkem průzkumu Mládež a drogy 2007 (2), kde je uváděn jako průměrný věk užití marihuany 15. rok věku. U dospívajících se vytváří závislost podstatně rychleji, proto je zapotřebí co nejvíce oddálit první kontakt s dítětem s drogou (38).

Jako hlavní důvod užití drogy označovali žáci nejčastěji zvědavost (50 %) a vlastní rozhodnutí (30 %) (graf 16). Graf 17 ukazuje na frekvenci užívání návykových látek, přičemž nejčastěji byla volena odpověď „nepravidelně“ (33%).

Jaký postoj mají respondenti k drogám jsem zkoumala v otázce 17 (graf 18). Nečastější odpovědí byla lhostejnost (60 %). Braní drog odmítá či odsuzuje 30 % dětí.



Jiná možnost ve všech případech spočívala v odpovědi, že pokud drogy nebere kamarád, nevádí jim to. Ovšem pokud užívá drogy přítel snaží ho přemluvit, aby s tím přestal. Otázka 18 (graf 19) zjišťovala reakci žáků na nabízení drogy. Nejčastější odpovědí bylo odmítnutí, zvolilo jí 63 % dotazovaných. Zajímavé je, že 9 % respondentů by drogu přijalo a uschovalo a 7 % žáků by měkkou drogu přijalo, tvrdou odmítlo. V tomto údaji lze vidět prodrogový postoj a jistou hrozbu v rozvoji dítěte směrem k užívání nelegálních látek.

Všechny školní metodičky ví, že nejčastěji užívanou ilegální drogou je marihuana, jiné drogy při rozhovoru ani nezmínily. Věk experimentu vidí v rozmezí 13 až 15 let. Hlavním spouštěčem užití drogy shledávají zvědavost. Také si myslí, že děti drogu vezmou ze strachu ze zesměšnění v partě, tento důvod ovšem ani jeden žák neuvedl. Orientace školního metodika v této oblasti přispívá k dobré a efektivní prevenci. Příznivě hodnotím shodu prvotního spouštěče k užití drogy. Školní metodici zodpovídají za realizaci preventivních opatření ve škole, jsou tedy klíčovou osobou a měly by znát zásady efektivní primární prevence (6).

Dále jsem se ve své práci okrajově věnovala problematice šikany. Z grafu 20 plyne, že 70 % respondentů se se šikanou setkalo. Šikanu je nutno chápat jako poruchu vztahů nejen mezi agresorem a obětí, ale především v celé skupině či třídě (15). Proto se nám může číslo 70 % zdát vysoké. Průměrný věk, ve které se s opakovaným ubližováním setkali, je 12 let. Jak se k tomuto problému žáci staví, můžeme vidět z grafu 21. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů by do šikany zasáhlo osobně (37 %) nebo oznámilo nějaké autoritě (32 %). Opět mohu z empiricky získaných dat doložit, že osobně by zasáhli především chlapci, zatímco dívky by šikanu raději oznámilo. Z grafu 21 usuzuji, že šikana je stále velkým problémem a ve zkoumaných školách se dělá či děje. O výskytu šikany na jednotlivých školách školní metodičky moc jasnou představu nemají. Zmapování šikany je velice obtížné a zejména lehčí formy a počáteční stádia šikanování zasahují velkou část školní populace (30). ŠM 1 a ŠM 2 si myslí, že šikana se na jejich školách objevuje, ale výskyt procentuálně vyjádřit nedovede. ŠM 3 odhaduje, že se cca 80 % dětí má zkušenost se šikanou, aniž by byly samy obětí. Popírání existence šikany a její zlehčování přispívá nejen k nevědomosti o

její přítomnosti, ale i k nemožnosti účinně zasáhnout v oblasti prevence šikany (30). V teoretické části je také věnován úsek zvláštní formě šikany, kyberšikaně (viz. str.13, odst.3). Výskyt tohoto rizikového chování jsem z výzkumu zaznamenala. ŠM 3 uvedla, že se setkala s SMS formou mezi žáky. Nebere to však na lehkou váhu a aktivně zahrnuje preventivní opatření do plánu prevence. Považuji to za určitě dobrý krok. Čím dříve se počátky rizikového chování podchytí, tím lépe.

Poslední čtyři otázky se zaměřovaly na to, jak respondenti hodnotí informace o tabáku, alkoholu, zakázaných drogách a šikaně ze médií, od rodičů, kamarádů, sourozenců, ze školy, z internetu, nástěnek a besed (graf 22, 23, 24). Nejvíce navádějící informace žáci vnímají u alkoholu, poté u tabákových výrobků, méně již u ilegálních drog a nejméně navádějící zprávy respondenti slyšávají o šikaně.

Pokud posoudím informace od jednotlivých zdrojů průměrně (graf 25), pak je zřejmé, že nejvíce navádějící směr k rizikovému chování přichází od kamarádů. Ty na škále 1 až 5 ( 1 – navádějící k užití, 2 – odrazující k užití) obsadili pozici 2,8. Podotýkám, že u alkoholu se umístili na místě 3, 6. U všech 4 typů rizikového chování zaujímali místo nejbližší k číslu 5. Právě kamarádi mají v období dospívání velkou společenskou hodnotu. Vrstevnický vztah je nezastupitelným typem vztahu. Vědomí skupinové příslušnosti může ovšem vést i k rizikovému chování, protože právě pro seskupení vrstevníků jsou typické skupinové formy aktivit (konzumace drog, delikvence, promiskuita, násilí, atd. (19).

Dalším navádějícím zdrojem k nežádoucímu chování je „internet“. Na škále se průměrně umístil na místě 2,4. Po internetu následují média, která průměrně obsadili pozici 2,3. Internet a média můžeme chápat jako další rizikové faktory pro vznik sociálně patologických jevů. Postavení hrdinů z billboardů, spotů, klipů a bulvárních tiskovin je všedním životem pro dospívající nedosažitelné a tak se mohou objevovat náhrady jako cigarety, alkohol, drogy, sex, agresivita, nebezpečné hry a sporty a jiná komerčně propagovaná rizika (17). Souhlasím s názorem, že mnohé je oblasti prevence sociálně patologických jevů dlužná mediální sféra, kde je naprostá absence systémového působení ve smyslu výchovy a vzdělávání k příznivému a zdravému životnímu stylu (31).

„Sourozenci“ a „nástěnky“ obsadili stejnou příčku na škále 1 až 5 a to číslo 2. Zajímavý je tedy fakt, že ne všechny školní nástěnky a materiály působí na žáky odstašujícím dojmem i když by měly. Pozici 1,8 obsadil zdroj „škola“. Jak vidíme ani školní prostředí a výuka nejsou vnímány jako definitivně odrazující zdroj informací. Besedy týkající se rizikového chování jsou žáky chápány na škále jako 1,6. A konečně rodiče na respondenty působí jako nejvíce odrazující zdroj. Zaujali pozici 1,5.

Vnímané informace mohu celkově hodnotit spíše jako odrazující od užití. Číslo 3 a výše obsadili pouze „kamarádi“ a to u informací týkajících se tabáku a alkoholu. Tímto mohu potvrdit první stanovenou hypotézu, která říká, že hlavní rizikový zdroj vedoucí k zapojení dítěte do rizikového chování vychází od vrstevníků.

Také mě zajímal názor školních metodiček, jak dle nich žáci hodnotí informace ze zmíněných zdrojů. Na té samé škále školní metodičky označovaly jednotlivé pozice. Ty si myslí, že nejvíce navádějících informací žáci získávají od kamarádů. Průměrně zaškrty pozici 3,65. Na dalším místě jsou „médiá“, a to na 3. Následuje „internet“ s umístěním 2,75 a „sourozenci“ na pozici 2,6. Hůře než sami žáci vnímají informace školní metodičky od rodičů (pozice 2). Musím zdůraznit, že u alkoholu označily u zdroje „rodiče“ pozici 4. Přičemž právě zdravá výchova v rodině je nejúčinnější a nejlevnější prevencí dítěte **(32)**. Především rané zkušenosti, které dítě nabývá v rodinném prostředí, jsou pro další vývoj dítěte určující **(30)**.

Zdroji informací „nástěnky“ školní metodičky přiřadily místo 1,4, tedy je vnímají méně rizikově než žáci. Stejně tak chápou „besedy“ (pozice 1,2) a „školu“, které dokonce určili místi 1 a myslí si, že škola žákům poskytuje definitivně odrazující informace.

V položeném rozhovoru jsem se také školních metodiček ptala, jaké oblasti rizikového chování primární prevence na jejich škole zahrnuje. I když Metodický pokyn MŠMT **(27)** přesně popisuje, proti kterým druhům rizikového chování by měla školní primární prevence směřovat, ani jedna ze školních metodiček nevedla všechny formy rizikového chování. Hypotéza 2, že primární prevence ve školách nezahrnuje veškeré formy rizikového chování, byla tedy potvrzena. ŠM 1 odpověděla, že primární prevence na jejich škole nezahrnuje nežádoucí chování jako kriminalita, delikvence, vandalismus,

závislost na politickém a náboženském extremismu a netolismus. ŠM 1 neprovádí primární prevenci pouze v oblasti závislosti na politickém a náboženském extremismu. ŠM 3 nezahrnula do prováděných preventivních opatření prevenci záškoláctví, prevenci závislosti na politickém a náboženském extremismu a prevenci patologické hráčství. Prováděná prevence by měla být komplexní, ucelená, což nekoreluje s výpovědí školních metodiček (43).

Účinně do rizikového chování mohou zasáhnout též peer programy (13), ovšem na žádné ze zkoumaných škol takovéto formy primární prevence neprobíhá. Většinou se v těchto základních školách prevence koná formou přednášek a filmů ve veřejných zařízeních. Dále se žákům pouští videoprojekce přímo ve škole. V rámci mé školní praxe u školního metodika jsem shlédla téměř všechny pouštěné videofilmy a musím uznat, že jsou na mnohem lepší úrovni, než-li v minulých letech. Nezaznamenala jsem v nich podstatné navádějící informace, tudíž se domnívám, že právě tato forma prevence s následnou diskusí k tématu se žáky je velmi efektivní. Další formou jsou již zmíněné nástěnky. Ani ty školní metodičky nehodnotily jako odrazující k užití. Na škále 1 až 5 (1 - odrazující, 5 - navádějící k užití) je školní metodičky shodně hodnotily číslem 2. Dále jsou využívány informační letáčky a jiné materiály. Jak uvedla ŠM 1, aktivní zapojení žáků je nejefektivnější prevencí. Na její škole kromě výše zmíněných forem probíhají i tématické interaktivní bloky, besedy s odborníky (př. kriminalista, pracovník probační a mediační služby apod.). S tímto přístupem mohu jen souhlasit.

Také jsem chtěla zjistit, jaké rizikové chování je z pohledu školních metodiček nejvíce problémové. ŠM 1 považuje za největší problém vysoký výskyt kouření tabáku stejně tak jako ŠM 3, která však přidává i kouření marihuany a nadměrné pití alkoholu. ŠM 2 však pokládá za největší problém právě kyberšikanu, která může mít na oběť opravdu fatální následky (54).

Zajímavým zjištěním bylo, že ani jedna z metodiček neshledává prováděnou primární prevenci na své škole za účinnou. Vždy jí na škále 1 až 5 přiřazovaly pozici 3 a doplňovaly to tím, že jde o dosti náročnou oblast, hlavně po časové stránce. Školní metodičky jsou zároveň i vyučujícími a též mají třídnictví.

Dle mého názoru záleží i na tom, jak dlouho člověk profesi školního metodika vykonává a na psychické odolnosti metodičky vůči vysokému výskytu sociálně patologických jevů nebo nedokonalému řízení v tomto odvětví. Je zde i riziko syndromu vyhoření. Domnívám se, že nasazení, s kterým přichází nový školní metodik postupem času velmi často vyprchá.

## 6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo posoudit účinnost primární prevence rizikového chování na základních školách. Dalším cílem byl vhled do výskytu rizikového chování u žáků základních škol.

Na začátku výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy: Hlavní rizikový zdroj vedoucí k zapojení dítěte do rizikového chování vychází od vrstevníků. Primární prevence ve školách nezahrnuje veškeré formy rizikového chování. Tyto hypotézy byly na základě výzkumu verifikovány či falzifikovány.

Teoretická část je bakalářské práce je čerpána z odborné literatury. Jsou v ní popsány pojem rizikové chování, druhy sociálně patologických jevů, oblast školní i mimoškolní primární prevence a cílová skupina – dospívající. V praktické části byla zvolena kvantitativní i kvalitativní metoda. Konkrétně byla využita technika dotazníku a technika polořízeného rozhovoru. Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili žáci devátých tříd ve 3 základních školách v regionu Příbramsko. Sebráno bylo celkem 127 platných dotazníků. Návratnost byla 100%. Polořízený rozhovor probíhal se školními metodiky prevence.

Za nejvýznamnější poznatky, které vyplynuly z mého výzkumu považuji fakt, že ačkoli je prodej alkoholu a cigaret osobám mladším 18-ti let zakázaný a zákon je tedy i nástrojem primární prevence, není dostupnost k těmto drogám složitá. Většina respondentů si legální drogy obstarává právě v obchodě či od kamarádů. Co se týče nelegálních drog, stále je nejčastěji užívanou drogou marihuana. Tu okusila téměř polovina dotazovaných a celkově takřka  $\frac{3}{4}$  již užili jakoukoli drogu nelegální. Význačným problémovým rizikovým chováním se v dnešní době jeví i kyberšikana. S touto formou šikany mě ve výzkumné části obeznámila jedna ze školních metodiček. Domnívám se, že s rostoucí moderní technologií však tento pojem budeme slýchat čím dál častěji.

Zdroj informací, které jsou nejvíce navádějící k zapojení do rizikového chování jsou kamarádi-vrstevníci. Dalším rizikovým zdrojem je internet a samozřejmě média. Avšak primární prevence naplno neprobíhá ani ve škole, i zde žák slýchává navádějící

informace. Nejvíce odrazujících zpráv respondenti získávají od rodičů. Pokud shrnu informace od školních metodiček, myslí si, že neúčinnost preventivních opatření je dána i časovým omezením pro vykonávání této profese.

Domnívám se, že stanovené cíle, byly naplněny. Z realizovaného výzkumu vystupuje jako nejvýznamnější rizikový zdroj vedoucí ke vzniku rizikového chování zdroj vrstevníci či kamarádi. Dále z položeného rozhovoru vyplývá, že primární prevence ani na jedné ze zkoumaných základních škol nezahrnuje veškeré formy rizikového chování, které ukládá Metodický pokyn MŠMT.

Z výsledných dat, získaných prostřednictvím kvantitativního i kvalitativního výzkumu, je možno prohlásit, že obě dvě stanovené hypotézy byly potvrzeny.

Výsledky výzkumu mohou být využity v rámci primární prevence jednotlivých základních škol, ve výuce a pro potřeby dalšího výzkumu.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- (1) *Adiktologie* [online]. 28. 02. 2006 [cit. 2008-03-09]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/70/154/Rizikove-chovani.html>>.
- (2) A KLUBY ČR. *Průzkum mládež a drogy* [online]. 2007 [cit. 2008-05-04]. Dostupný z: <[http://www.akluby.cz/downloads/aklubycz-vyzkum\\_mladez-a-drogy-2007.pdf](http://www.akluby.cz/downloads/aklubycz-vyzkum_mladez-a-drogy-2007.pdf)>.
- (3) AUGER, M.T.- BOUCHARLAT, CH. *Učitel a problémový žák: strategie pro řešení problémů*. 1. vydání. Praha:Portál, 2005. 128 s. ISBN 80-7178-907-0.
- (4) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2 ©1999-2002, poslední aktualizace 3.9. 2002.
- (5) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 2.5 (2002). ©1999-2002, poslední aktualizace 3.9. 2002.
- (6) ČERNÝ, M. *Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci*. In. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. 12 s. ISSN 1214-1089.
- (7) ESPAD. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 2007*. [online]. 2007 [cit. 2008-04-25]. Dostupné z: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/espac\\_2007\\_tiskove\\_materialy](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/espac_2007_tiskove_materialy)>.



- (8) GALLÁ, M. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. 1. vydání v českém jazyce. Úřad vlády České republiky, 2005. 156 s. ISBN 80-86734-38-2.
- (9) GREEP. *Prevcentrum*. [online]. 2006 [cit. 2008-02-10]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/cz/top-menu/primarni-prevence/rizikove-a-protektivni-faktory/>.
- (10) HAMANOVÁ, J. Rizikové chování v dospívání. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2001. Rizikové chování v dospívání. s. 9-21. ISBN 80-902-898-1-.
- (11) HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 174 s. ISBN 80-7178-927-5.
- (12) HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
- (13) KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6.
- (14) KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- (15) KOLEKTIV AUTORŮ PPP BRNO. *Metodika prevence sociálně patologických jevů*. Brno: PPP, 2002. 40 s.
- (16) KRŮŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 155 s. ISBN 80-70-40-386-1.

- (17) KRÍŽ, J. Rizikové chování mládeže a zdravotní strategie WHO. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2001. Rizikové chování v dospívání. s. 7-8. ISBN 80-902-898-1-.
- (18) LANGMAJER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- (19) MACEK, P. *Adolescence*. 2., upravené vydání. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
- (20) MACHOVÁ, J. – HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vydání. Praha: H & H, 2002. 200 s. ISBN 80-86022-94-3.
- (21) MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence*. str. 261. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 336 s. ISBN 80-7178-226-2.
- (22) MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 2., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X.
- (23) McGRATH, Y. a kol. *Prevence užívání drog mezi mládeží: Přehled dostupných informací*. 1. vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 74 s. ISBN 978-80-87041-16-1.
- (24) MŠMT ČR. *Evaluační a diagnostika preventivních programů*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, odbor pro mládež, 2002 [online]. [cit. 2008-01-20]. Dostupný z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/valuace.pdf>>.
- (25) MŠMT ČR. *Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví*. [online]. [cit. 2008-04-16].

Dostupný z:

<[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/LPMethodickypokynkjednotnemupo  
stupuomlouvani.doc](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/LPMethodickypokynkjednotnemupo<br/>stupuomlouvani.doc)>.

(26) MŠMT ČR. *Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance.* [online]. [cit. 2008–04-16].

Dostupný z:

<[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/LPMethodickypokynkprojevumxeno  
fobie.doc](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/LPMethodickypokynkprojevumxeno<br/>fobie.doc)>.

(27) MŠMT. *Metodický pokyn k prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách školských zařízeních.* [online]. [cit. 2008–01-25]. Dostupné z:

<[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH\\_20006\\_07\\_51\\_MP\\_k\\_prevenci  
\\_SPJ\\_k\\_podpisu\\_mini.doc](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_prevenci<br/>_SPJ_k_podpisu_mini.doc)>.

(28) MŠMT. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.* [online]. [cit. 2008–02-25]. Dostupné z:

z:

<[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/etodicky\\_pokyn\\_k\\_prevenci\\_social  
ne\\_patologickych\\_jevu.doc](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/etodicky_pokyn_k_prevenci_social<br/>ne_patologickych_jevu.doc)>.

(29) MŠMT. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární*

*prevence užívání návykových látek.* [online]. Praha 2005 [cit. 2008–04-25]. Dostupné

z: <<http://www.ippp.cz/ac/pdf/JChStandardyPP.pdf>>.

(30) MŠMT. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*

*v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2001 - 2004.* [online].

[cit. 2008–03-15]. Dostupné z:

<[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/trategie\\_prevence\\_socialne\\_patolog  
ických\\_jevu\\_2001\\_2004.doc](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/trategie_prevence_socialne_patolog<br/>ických_jevu_2001_2004.doc)>.

- (31) MŠMT. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 - 2008*. [online]. [cit. 2008-03-15]. Dostupné z: <[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/2005\\_2008web.doc](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/2005_2008web.doc)>.
- (32) MŠMT. *Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení*. [online]. [cit. 2008-05-05]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/prevence.doc>>.
- (33) MŠMT. *Volný čas a prevence u dětí a mládeže* [online]. [cit. 2008-04-07]. Vydalo MŠMT odbor pro mládež. Praha 2002, Dostupný z: <<http://www.volny.cz/metodik/kniha.htm>>.
- (34) MŠMT. *Vybrané termíny primární prevence. Kolektiv autorů 2007*. [online]. [cit. 2008-02-15]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarnipreence.doc>>.
- (35) MVČR. *Informace o problematice extremismu na území České republiky v roce 2006*. [online]. [cit. 2008-05-05]. Dostupné z: <<http://www.mvcr.cz/dokument/2007/extrem06.pdf>>.
- (36) Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009. [online]. [cit. 2008-01-24]. Dostupné z: <[http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/publikace/Strategie\\_05-09\\_CZ\\_web.pdf](http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/publikace/Strategie_05-09_CZ_web.pdf)>
- (37) NEŠPOR, K. *Metodika prevence ve školním prostředí*. [online]. [cit. 2008-02-25]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/met01.doc>>.

- (38) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. 152 s. ISBN 80–7367-267–6.
- (39) NEŠPOR, K. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999. s. 40. [online]. [cit. 2008–01-25]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/pripre7r.doc>>.
- (40) NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: BESIP MV. 124 s.
- (41) *O drogách. Prevence chování rizikového v dospívání*. [online]. [cit. 2008–03-15]. Dostupné z: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=aktuality&p=1&shw=121&sess=>>>.
- (42) PÁVKOVÁ, J., a kol. *Pedagogika volného času*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2002. 231 s. ISBN 80–7178-711–6.
- (43) POKORNÝ, V., TECLOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevu. Manuál praxe*. Brno: Nakladatelství a vydavatelství Ústavu psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. 186 s., ISBN 80 – 86568 – 04 – 0.
- (44) POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- (45) *Prevence.net: monitoring, prevence, diskuse,...* [online]. 2007 [cit. 2008-04-11]. Článek. Mgr. Pavel Vácha. Dostupný z: <[http://www.prevence.net/Science/vacha\\_02.pdf](http://www.prevence.net/Science/vacha_02.pdf)>.

- (46) *Prevence.net: monitoring, prevence, diskuse,...* [online]. 2007 [cit. 2008-04-11].  
Článek. Mgr. Hana Francová. Dostupný z:  
<[http://www.prevence.net/Science/francova\\_01.pdf](http://www.prevence.net/Science/francova_01.pdf)>
- (47) PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006. 264 s. ISBN 80-7254-866-2.
- (48) ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6.
- (49) VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. První vydání. Praha: Karolinum, 2004. 172 s. ISBN 80-7184-488-8.
- (50) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- (51) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětsví a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-2460956-8.
- (52) *Výchova ke zdraví* [online]. 22. 11. 2007 [cit. 2008-01-09]. Dostupné z:  
<<http://www.vychovakezdravi.cz/index.php?sekce=navykove-latky>>.
- (53) *Výchova ke zdraví* [online]. 22. 11. 2007 [cit. 2008-03-09]. Dostupné z:  
<<http://www.vychovakezdravi.cz/index.php?sekce=uvod&stranka=informace-pro-pedagogy>>.
- (54) *Wikipedie : Otevřená encyklopedie* [online]. 31. 1. 2008 [cit. 2008-03-05].  
Dostupný z:<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kyber%C5%A1ikana>>.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

- primární prevence
- rizikové chování
- dospívající
- minimální preventivní program
- školní metodik prevence

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník pro žáky

Příloha 2: Otázky k polořízenému rozhovoru se školními metodiky



## Příloha 1: Dotazník pro žáky

Dobrý den milá žákyně, milý žáku,

jmenuji se Iva Šmatláková a studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši bakalářskou práci na téma „Účinnost primární prevence rizikového chování na základních školách“. Chtěla bych Tě požádat o vyplnění tohoto dotazníku co nejupřímněji. Tento dotazník je **zcela anonymní** a budu ho používat **pouze pro účely mé práce**. *Zakroužkuj vždy jednu odpověď, není-li uvedeno v zadání jinak, popřípadě vyplň vytečkované místo.*

1. Kolik je ti let? .....

2. Jsi dívka nebo chlapec?

a) dívka      b) chlapec

3. Ve škole se cítím:

a) velmi dobře

b) dobře bez výrazných problémů s učiteli a spolužáky

c) špatně kvůli běžným problémům s spolužáky

d) špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli

e) velmi špatně kvůli stálým neshodám se spolužáky a mám k ní negativní vztah

f) velmi špatně kvůli stálým neshodám s převážnou většinou učitelů

g) školní prostředí je pro mne trvale nesnesitelné a vyvolává ve mně trvalý odpor

h) ve škole nemám problémy ani s učiteli ani se spolužáky, přesto mě škola nebaví

4. Ochutnal/a jsi alkohol?

a) ano (*vepiš kolik ti bylo let*) .....

b) ne

*Pokud ano, vepiš prosím, kdo ti jej podal.....*

5. Byl/a jsi už někdy opilý/á?

- a) ano
- b) ne

6. Kde (pokud konzumuješ alkohol) konzumuješ alkohol? *Vepiš prosím, kde(venku, doma, v baru,...)* .....

7. Jak si alkohol obstaráváš? *Vepiš prosím, kde (kupuji, dostávám od kamarádů, беру si jej doma,...)* .....

8. Jaký alkohol ti chutná?

- a) nechutná mi žádný
- b) *vepiš druh (pivo, víno, destiláty,...)*.....

9. Jak často alkohol piješ?

- a) vůbec
- b) příležitostně
- c) v malém množství (sklenička po jídle)
- d) denně bez návaznosti na jídlo
- e) občas se opiji
- f) jinak (*vepiš jak*) .....

10. Kouříš tabákové výrobky

- a) příležitostně
- b) denně do 5ti cigaret
- c) víc jak 5 cigaret denně
- d) kouřil/a jsem, ale již nekouřím
- e) zkusil/a jsem, ale nekouřím
- f) nikdy jsem to nezkusil/a

11. V kolika letech jsi zkusil/a tabákový výrobek? *Vepiš věk*.....

12. V kolika letech jsi začal/a pravidelně užívat tabákový výrobek? *Vepiš věk*.....

13. Máš vlastní zkušenost s hrou na výherních automatech?

- a) ne, nikdy jsem to nezkusil/a
- b) ano, ale jen jsem to zkusil/a
- c) hrál/a jsem opakovaně, ale již nehraji
- d) hraji příležitostně
- e) občas si sám jdu zahrát
- f) chci hrát, la nemám na to peníze
- g) kdykoli mám čas, jdu si zahrát

14. Zkusil/a jsi někdy nějakou zakázanou (kromě alkoholu, tabáku, aj.)?

- a) ano – marihuana (*vepiš věk*).....
  - hašiš (*vepiš věk*).....
  - extáze (*vepiš věk*).....
  - LSD (*vepiš věk*).....
  - přírodní drogy (houby, aj.) (*vepiš věk*).....
  - pervitin (*vepiš věk*).....
  - heroin (*vepiš věk*).....
  - braun (*vepiš věk*).....
  - kokain (*vepiš věk*).....
  - léky (užívání, aniž by mi něco bylo-bolesti, aj.) (*vepiš věk*).....
  - organická rozpouštědla – čichání (lepidla, ředidla, barvy aj.).....
  - jiné (*vepiš jaké, vepiš věk*).....

b) ne

15. Pokud jsi zkusil nějakou zakázanou drogu, proč k tomu došlo?

- a) ze zvědavosti

- b) na radu kamaráda (dky)
- c) z vlastního rozhodnutí
- d) životní krize nebo nesnáze
- e) z nudy
- f) z obavy zesměšnění/méněcennosti v partě
- g) z frajeřiny
- h) jiný důvod (*vepiš, prosím*) .....

16. Užila jsi nějakou drogu opakovaně?

- a) ne
- b) ano, ale ne pravidelně
- c) ano, pravidelně
  - 1) denně (*vepiš jakou drogu*).....
  - 2) několikrát týdně (*vepiš jakou drogu*).....
  - 3) jednou týdně (*vepiš jakou drogu*).....
  - 4) vícekrát měsíčně (*vepiš jakou drogu*).....
  - 5) jednou měsíčně (*vepiš jakou drogu*).....
- d) užíval/a jsem, ale již neužívám (*vepiš jakou drogu*).....

17. Užívání zakázaných drog jinými lidmi:

- a) radikálně odsuzuji
- b) odsuzuji, ale nevystupuji proti tomu
- c) je mi to jedno, ať si každý dělá co chce
- d) schvaluji
- e) jiný – (*jaký, vepiš*).....

18. Mně nabízenou zakázanou drogu:

- a) radikálně odmítnu a oznámím to nějaké autoritě
- b) odmítnu
- c) přijmu, ale vyhodím

- d) přijmu, ale uschovám
- e) tvrdé odmítnu, měkké přijmu
- f) přijmu, užiji a požádám o další
- g) nevím

19. Máš zkušenosti s opakovaným ubližováním (šikana)?

- a) ne
- b) ano – *v kolika letech jsi měl/a první zkušenost .....*

20. Jaký je tvůj postoj k šikaně?

- a) radikálně odmítám, oznámím to nějaké autoritě
- b) odmítám, neoznámím, zasáhnu osobně
- c) odmítám, ale neoznámím ani nezasáhnu
- d) je mi to jedno, je to jejich věc
- e) občas se přidám
- f) je to normální
- g) neumím či nemůžu se bránit, jsem sám šikanovaný/á

21. Jak hodnotíš informace o tabákových výrobcích z:

- |                     |                                      |                    |
|---------------------|--------------------------------------|--------------------|
| a) média            | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| b) rodiče           | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| c) kamarádi         | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| d) sourozenec       | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| e) škola            | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| f) internet         | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| g) nástěnky         | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| h) přednášky/besedy | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |

22. Jak hodnotíš informace o alkoholu z:

- |          |                                      |                    |
|----------|--------------------------------------|--------------------|
| a) média | odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
|----------|--------------------------------------|--------------------|

- b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

23. Jak hodnotíš informace o zakázaných drogách z:

- a) média odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

24. Jak hodnotíš informace šikaně:

- a) média odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití
- h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

**Děkuji Vám za vyplnění dotazníků a přeji krásný den!**

Příloha 2:

**Otázky k polostandardizovanému rozhovoru se školními metodiky prevence**

1. Jak dlouho působíte na škole jako metodik prevence? Zhodnoťte prosím krátce svoji praxi, zkušenosti, psychickou či časovou zátěž této profese.
2. V kolika letech si myslíte, že děti na Vaší škole začínají experimentovat s alkoholem a z jakého důvodu?
3. Myslíte si, že žáci devátých tříd již mají zkušenost s alkoholem = už se alespoň jednou opili?
4. Jakým způsobem, z jakých zdrojů, si myslíte, že si děti alkohol nejčastěji získávají?
5. V kolika letech si myslíte, že děti na Vaší škole začínají experimentovat s kouřením (tabákové výrobky) a z jakého důvodu? Můžete v procentech odhadnout kolik žáků devátých tříd pravidelně kouří tabákové výrobky?
6. V kolika letech si myslíte, že děti na Vaší škole začínají experimentovat s ilegálními drogami? Pokud žáci nějaké ilegální drogy užívají či užívali, jaké drogy nejčastěji?
7. Z jakého důvodu si myslíte, že děti ilegální drogu užijí?
8. Jakým způsobem, z jakých zdrojů si myslíte, že si děti ilegální drogy nejčastěji získávají?
9. Myslíte si, že děti na Vaší škole mají zkušenost s opakovaným ubližováním (šikana)?
10. Myslíte si, že děti na Vaší škole mají zkušenost s hrou na výherních automatech?
11. Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace o alkoholu z:

- |                     |                    |                   |                    |
|---------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| a) média            | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| b) rodiče           | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| c) kamarádi         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| d) sourozenec       | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| e) škola            | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| f) internet         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| g) nástěnky         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| h) přednášky/besedy | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |

12. Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace o tabákových výrobcích z:

- |                     |                    |                   |                    |
|---------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| a) média            | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| b) rodiče           | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| c) kamarádi         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| d) sourozenec       | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| e) škola            | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| f) internet         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| g) nástěnky         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| h) přednášky/besedy | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |

13. Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace o ilegálních drogách z:

- |                     |                    |                   |                    |
|---------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| a) média            | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| b) rodiče           | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| c) kamarádi         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| d) sourozenec       | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| e) škola            | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| f) internet         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| g) nástěnky         | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |
| h) přednášky/besedy | odrazující k užití | 1 – 2 – 3 – 4 - 5 | navádějící k užití |

14. Jak dle Vaší úvahy děti hodnotí informace šikaně:



a) média	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
b) rodiče	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
c) kamarádi	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
d) sourozenec	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
e) škola	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
f) internet	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
g) nástěnky	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití
h) přednášky/besedy	odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5	navádějící k užití

15. Primární prevence na Vaší škole AKTIVNĚ zahrnuje tyto oblasti rizikového chování:

- a) záškoláctví
- b) šikana
- c) rasismus, xenofobie
- d) kriminalita, delikvence, vandalismus
- e) užívání návykových látek včetně nemocí a důsledky s tím spojené
- f) závislost na politickém a náboženském extremismu
- g) netolismus (virtuální drogy)
- h) patologické hráčství (gambling),
- i) domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže,
- j) poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie)
- k) jiné:.....

16. Jakou formou u vás probíhá primární prevence? Můžete tyto formy zhodnotit čísly od 1 do 5 ( 1 = odrazující od rizikového chování, 5 = navádějící k rizikovému chování).

17. Jaká oblast rizikového chování je dle Vaší úvahy v současné době na vaší škole mezi žáky devátých tříd nejproblémovější?

18. Myslíte si, že primární prevence na Vaší škole je / není účinná?

Naprostο neúčinná 1 — 2 — 3 — 4 — 5 Velmi účinná