

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha monitoringu v primární prevenci
bakalářská práce

2008

Iva Kabátová
Mgr. Pavel Vácha

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Health and Social Studies

Department: Department of Social Work and Social Politics

Year: 2008

Author: Iva Kabátová

Supervisor: Mgr. Pavel Vácha

Title: **The role of monitoring in primary prevention**

Abstract

The task of my bachelor thesis is to chart the utilization of monitoring for primarily preventive happening at schools, to take into account the statistical data in relation to the performed prevention and to assess the effectiveness of primary prevention considering the timeliness of preventive process before the actual development of risk behaviour or experimenting with narcotics and psychotropic drugs.

The experience of primary level pupils with individual types of risk or addictive behaviour, nominally with alcohol use, tobacco use, use of illegal addictive drugs, other addictions, bullying and risk sexual behaviour, is taken by a quantitative research in a form of anonymous questionnaire. Further are these respondents inquired of for the age, when they came in touch with this type of risk or addictive behaviour.

Then there are interviews with school methodists and a study of minimal preventive programmes of each school. By comparing in this way gained information with statistical data has been proven, that majority of schools does not take account of the results of statistical data in their minimal preventive programmes. This is to certify, that the second hypothesis was right. By comparing the results of quantitative research, I have found out that preventive activity comes late. This is to certify, that the first hypothesis was right. At the same time I discovered, that schools do not realize monitoring for the purpose of establishment risk and addictive behaviour, thus the third hypothesis was proven.

The results of my bachelor thesis can be used at given schools within the frame of making the primary preventive more effective as a basic document for headmasters and educationalists for a better foreknowledge about this problem and its current state at primary schools and for needs of education.

Keywords:

- Primary prevention
- Monitoring
- Basic school
- Risk and dependency behaviour

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Úloha monitoringu v primární prevenci 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Pavlu Váchovi za jeho ochotu, trpělivost, pomoc i cennou radu, kterou mi poskytl při zpracování bakalářské práce. Mé poděkování patří též všem pedagogům, kteří mi umožnili provést výzkum ke zjištění potřebných informací.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	8
1.1 Historie primární prevence na území současné České republiky	8
1.2 Legislativa.....	9
1.3 Prevence.....	11
1.3.1 Primární prevence	11
1.3.1.1 Specifická primární prevence	12
1.3.1.2 Nespecifická primární prevence	13
1.3.2. Sekundární prevence.....	13
1.3.3 Terciární prevence	14
1.4. Další způsoby dělení prevence	15
1.4.1. Rozdělení prevence podle amerických pramenů	15
1.4.2 Prevence všeobecná, selektivní a indikovaná.....	15
1.5. Zásady efektivní primární prevence	16
1.6 Primární prevence v návaznosti na věk	18
1.7. Monitoring	25
1.7.1. Funkce monitoringu.....	25
1.7.2 Subjekty, které mohou provádět monitoring	26
1.7.3 Techniky používané v monitoringu	27
1.7.4 Monitoring a jím sledované jevy	28
1.8 Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.....	31
1.9 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách	32
2.Cíle práce a hypotézy.....	35
3. Metodika	36
4. Vyhodnocení.....	38
4.1 Vyhodnocení dotazníků pro žáky	38
4.2 Záznam rozhovorů	50
4.3. Přehled výsledků.....	69
5. Diskuze	76

6. Závěr	80
7. Seznam použité literatury	83
8. Klíčová slova	87
9. Přílohy.....	88

*Motto: Primární prevence by měla být stejně
důmyslná a důsledná jako strategie mafii.*

K. Kalina (11)

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si nevybrala náhodně. Na počátku stál, podobně jako u každého poznávání, údiv. Údiv nad rozdílem mezi teorií a možnostmi preventivních programů na jedné straně a realitou a praxí na straně druhé.

Možná bych měla již na počátku říci, že k prostředí českého školství mám trochu jiný vztah než ostatní. Přišla jsem totiž na Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity z fakulty pedagogické, kterou jsem nedostudovala, ale přesto jsem všechny ty pedagogiky, psychologie a didaktiky absolvovala také. A nikde o rizikového a závislostního chování nebylo ani zmínky. Pokud už jsme někde došli k problematice „problémových žáků“, existovala na ně kouzelná formulka: „PEPSY“. Ať už byl problém v horším čtení, v podezření na šikanu nebo zneužívání návykových látek, byla tu pedagogicko psychologická poradna. A tím, že nám byla představena tato možnost, nikdo nepokládal za důležité řešit nějaké preventivní programy, rizikové a závislostní chování a jeho monitoring. Naopak, čím dál tím častěji jsme se setkávali s názorem přednášejících, že dobrému pedagogovi se to přece ve třídě nikdy stát nemůže. Všichni sice nevěřili až v mystickou roli tzv. „dobrého učitele“, ale do pedagogické praxe odcházeli povětšinou ti, kteří na práci pedagogicko psychologické poradny spoléhali. K tomu si přičtíme vlastní zážitky s prevencí, kdy jsme chodili na přednášky do divadla a přitom popíjeli, kdy Zdenka Jelínková sice prodávala marihuanu v šatně, ale nikoho to nezajímalo.

A všechny tyto zkušenosti i zážitky přesto nemohou vyvážit vlnu nadšení, kterou spustil přednášející, když během přednášky „Primární prevence“ pustil videokazetu se záznamem, na kterém je jasně vidět, jak se vhodným působením mohou i velmi vážně poškozené sociální vztahy ve třídě napravit. Zároveň však padla závažná otázka: „Jak poznáte, že se třída má tomuto programu podrobit? Je to náročné nejen finančně, ale i finančně, nelze je přece aplikovat plošně...“ A v ten okamžik mi bylo jasné, čím se chci zabývat ve své bakalářské práci: Úloha monitoringu v primární prevenci.

1. Současný stav

1.1 Historie primární prevence na území současné České republiky

Do roku 1989 primární prevence drogových závislostí na školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví – Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Problematika závislostí se dlouho vztahovala pouze na alkohol a tabák. Vycházelo se z dokumentů vlády většinou pod názvem kapitoly „Boj proti negativním jevům mládeže“. Lektori veškerých preventivních jevů museli být sdruženi v Socialistické akademii. Byli to převážně starší lékaři a jejich působení spočívalo povětšinou v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování apod. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, ti osvětenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů, diskuze byla téměř nemožná. Všechny aktivity byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol.(17)

Stále se zvyšující problémy s drogami tuto tematiku odtabuizovaly již několik let před rokem 1989. Radek John mohl vydat Memento, Zdeněk Zaoral natočil Pavučinu a vyšel překlad známé knihy „My děti ze stanice ZOO“. To byly příležitosti pro seznamování veřejnosti s problematikou drog i začátky preventivních aktivit v tehdejší Československu.

Po roce 1989 začaly vznikat první samostatné preventivní akce zaměřené na prevenci drogových závislostí, jejichž realizátoři pocházeli z v té době jediného zařízení specializovaného na léčbu- DROP-IN. V těchto počátcích se stále jednalo o jednorázové besedy na školách, ovšem v naprosto otevřeném stylu a otevřené interakci se žáky a studenty.(11)

Po roce 1992 byla hlavními aktéry těchto programů malá skupina odborných pracovníků se zájmem o tuto problematiku. V tomto období byly velice cenné především odborné informace, teoretická východiska rovněž i zkušenosti od lidí s již

bohatou drogovou kariérou jako východisko pro koncipování prvních modelů primárně preventivních aktivit. (11)

Je logické, že především střední a starší generace neměla s problematikou rizikového a závislostního chování a především drog žádné zkušenosti a zároveň neměla příležitost získat tyto znalosti studiem. Právě nejistota a neznalost této problematiky byla důvodem, proč se většina pedagogů této oblasti v rámci výuky stranila a na potřebu primární prevence nereagovala.

Na nepříznivý vývoj drogové scény, zvláště ve vztahu k dětem a mládeži zareagovalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy přehodnocením soudobého preventivního dění a přijalo dokumenty, které stanovovaly priority, cíle a úkoly primární prevence. Mezi tyto dokumenty patří například *Pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy z roku 1996, Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 1998-2000, Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek – „Škola bez drog“ v roce 1997, Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže z roku 2001. Posledním a nejaktuálnějším dokumentem je Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních ze dne 16. října 2007.*

1.2 Legislativa

Jakékoliv preventivní dění slouží k ochraně zdraví, tedy zájmu chráněného státem. To vyplývá už ze základního pramene českého práva – Listiny základních práv a svobod.

Na to navazuje ve vztahu k problematice návykových látek Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který v § 18 stanovuje, že realizaci preventivních opatření koordinuje vláda a finančně a organizačně je zajišťuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, jde-li o opatření primární prevence, realizovaná v rámci

minimálních preventivních programů a výchovné péče o osoby mladší 18 let a o uživatele tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek mladší 18 let. **(29)**

Vlastní povinnosti škol a jejich zaměstnanců pak stanoví Zákon č.561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. školský zákon. Ten v § 29 doslova říká, že školy a školská zařízení jsou při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí, žáků a studentů a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů. Tento zákon dále v § 30 stanoví, že ředitel školy vydá školní řád, ředitel školského zařízení vnitřní řád. Školní řád i vnitřní řád upravují podmínky zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků nebo studentů a jejich ochrany před sociálně patologickými jevy a před projevy diskriminace, nepřátelství nebo násilí. **(30)**

Dne 16. října 2007 vstoupil v platnost Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, který vymezuje terminologii a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu, popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka, definuje Minimální preventivní program, doporučuje postupy škol a školských zařízení (dále jen „školy“) při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže.

Zároveň tento metodický pokyn stanovuje, že primární prevence sociálně patologických jevů u žáků v působnosti MŠMT je zaměřena na:

- a) předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků:
 - záškoláctví,
 - šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus,
 - kriminalita, delikvence,
 - užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky – dále jen „OPL“) a onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek,
 - závislost na politickém a náboženském extremismu,
 - netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling),
- b) rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech:

- domácího násilí,
- týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání,
- ohrožování mravní výchovy mládeže,.

Tento metodický pokyn je určen pro právnické osoby vykonávající činnost škol zřizovaných MŠMT. Podpůrně je doporučován k využití i ostatním školám zapsaným do školského rejstříku a poskytovatelům služeb souvisejících se vzděláváním a výchovou . (16)

1.3 Prevence

Prevence (z lat. preventio) je soubor všech sociálních a zdravotních opatření, jejichž cílem je předcházet poškození zdraví, vzniku nemoci, zdravotních komplikací a trvalých následků z nemoci. (1)

Podle všeobecného pojetí znamená prevence předcházení, zamezení vzniku nemoci nebo nežádoucího jevu. Dělí se na primární, sekundární a terciární. Prevence primární se dále dělí na prevenci nespecifickou a specifickou. Cíle, metody a prostředky se liší podle typu prevence.

Prevence tvoří jeden ze tří pilířů řešení drogové problematiky, resp. protidrogové politiky státu. Jsou to tedy: prevence, léčení a péče, represe. Teoreticky je prevence považována za nejúčinnější a nejlevnější řešení, ale v praxi bývá kladen důraz nejvíce na represii, menší na léčbu a péči a nejmenší na prevenci. (17)

1.3.1 Primární prevence

Primární prevencí v nejširším pojetí lze nazvat všechny aktivity a činy, které mají za cíl změnit názory, postoje a chování lidí tak, aby u nich nedošlo ke vzniku daného nežádoucího jevu (vzniku závislosti na návykových látkách, kriminálního chování, rasismu, atd.).(17)

Cílem primárně (proti) drogových preventivních aktivit je předejít zneužívání drog a/nebo oddálit první setkání dětí a mladých lidí s drogami do (co nej) pozdějšího věku. Cílovou skupinou primární prevence je dosud nezasažená populace. Jejím

obecným cílem je „odradit od užívání nelegálních drog“ resp. poskytnout podklady k vědomému rozhodnutí abstinovat od užívání (nelegálních) psychotropních látek. (28) Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. V současné době se u některých skupin mladých lidí setkáváme s postojem, že užívání drog je „normální“ spíše než život bez drog. Tento postoj je často potvrzován působením médií. Je nezbytné, aby si děti a mladí lidé byli vědomi nebezpečí drog, aby věděli, že převážná část naší společnosti drogy neužívá, že užívání drog nelze vnímat jako „normální“. (11) Toto se samozřejmě vztahuje nejen na abúzus drog, ale i na další sociálně patologické jednání jako je např. šikana, rizikové sexuální jednání. Je určena lidem, kteří drogy zatím neberou, ale mohli by v budoucnosti začít. Je to vlastně téměř celá populace dětí. Prevenci lze obecně rozdělit na tzv. nespecifickou a specifickou primární prevenci užívání návykových látek. (17)

1.3.1.1 Specifická primární prevence

Ve specifické prevenci se jedná o preventivní působení zaměřené přímo na problematiku daného jevu, kterému se prevence snaží předejít.

Specifické primárně-preventivní programy v oblasti prevence užívání návykových látek se explicitně zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet užívání drog. Právě jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Nespecifické programy v tomto smyslu nelze vztahovat k určitému fenoménu, jehož výskytu se program snaží předcházet (působí obecně, nespecificky) nebo jeho výskyt alespoň posunout do vyššího věku cílové skupiny. Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jeví se jako ohroženější či rizikovější než skupiny jiné. Není (ekonomicky ani odborně) smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u nichž předpokládáme vyšší náchylnost či jakékoliv dispozice k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.). (17)

Nejjednodušší definicí specifických preventivních programů je tzv. ekonomická negativní definice: Programy specifické primární prevence užívání návykových látek

jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém drogové závislosti, tj. tyto programy by za neexistence fenoménu drogové závislosti nevznikaly a nebyly rozvíjeny. (28)

1.3.1.2 Nespecifická primární prevence

Nespecifická prevence má své místo v širokém pojetí primární prevence a jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. V krátké historii primární prevence v České republice došlo několikrát k výraznému přeceňování, stejně tak jako k podceňování nespecifické prevence. Nespecifické primárně-preventivní programy užívání návykových látek zahrnují veškeré aktivity nemající se zneužíváním těchto látek přímou souvislost. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování prostřednictvím lepšího využívání a lepší organizace volného času. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní potenciál. Patří sem zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách a školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Všechny tyto programy by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistoval problém nazvaný drogová závislost, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. (17)

1.3.2. Sekundární prevence

Dle pojetí WHO je sekundární prevence předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti (17). Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.

Léčebné a resocializační programy jsou v podstatě dvou typů:

- nízkoprahové programy, jež na pacientech / klientech nevyžadují bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu, nabízejí léčbu

somatických škod (a tedy fakticky paliativní léčbu škod, plynoucích z rizikového užívání), psychologické a sociální poradenství atd. a ve vhodných případech též léčbu k abstinenci. Jako takové jsou dostupnější pro větší část klientů (častěji odpovídají jejich subjektivně vnímaným potřebám) a představují významný mezistupeň mezi životem bez kontaktu s pomáhající institucí a přechodem do druhého typu, jimiž jsou:

- programy vysokoprahové, které podmiňují účast v programu abstinencí, nabízejí psychiatrickou / psychologickou pomoc a v některých případech sociální servis s cílem vytvořit nebo posílit abstinenční chování a návyky.

V kontextu drogové politiky jde zejména o:

- aktivní zavádění programů včasné intervence a programů zvyšujících dostupnost péče (i v podmínkách typu výkonu trestu odnětí svobody),
- vytváření komplexního a vzájemně provázaného systému léčebně-resocializační péče o postižené skupiny či jednotlivce,
- vzdělávání odborných pracovníků, trvalé zvyšování kvality a efektivity poskytnuté péče. (28)

1.3.3 Terciární prevence

Hlavním cílem této prevence je zabránit relapsu a zároveň usnadnit návrat do normálního života (tzv. resocializace) „odléčeným“ závislým. Jak už bylo zmíněno v heslu sekundární prevence, není toto rozdělení podle všech zdrojů totožné. Ve smyslu definice WHO patří do terciární prevence i tzv. harm reduction programy. To je např. rozdávání stříkaček, substituční programy a jiné. (17)

Kalina rozumí pod terciární prevencí resocializaci a sociální rehabilitaci klientů po abstinenční léčbě či abstinujících díky substituční léčbě. Naopak Zábranský chápe terciární prevenci jako taková opatření, jejichž cílem je předejít či změnit rizikové chování, jež může mít za následek poškození či zhoršení zdravotního stavu uživatelů nebo jejich sociální situace. (11, 28)

1.4. Další způsoby dělení prevence

1.4.1. Rozdělení prevence podle amerických pramenů

Tab. 1: Rozdělení prevence dle amerických pramenů

Druh intervence	Cílová populace
Všeobecná prevence	Obecná populace, např. celá třída
Selektivní prevence	Osoby se zvýšenými riziky, které návykové látky neužívají (např. děti s poruchami chování)
Indikovaná prevence	Ti, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách, ale kteří vykazují známky užívání těchto látek
Léčba	Ti, kdo návykové látky škodlivě užívají nebo jsou na nich závislí
Udržování stavu a prevence recidiv	Závislí nebo zneužívající návykové látky ve stabilizovaném stavu

Zdroj: Nešpor

Strategie všeobecné prevence a selektivní prevence nemusí být totožné, proto autor považuje uvedené schéma za prospěšné. (19)

1.4.2 Prevence všeobecná, selektivní a indikovaná

Ústav pro lékařství americké akademie věd přišel s návrhem rámcové prevence klasifikace prevence, která se dělí na tři kategorie: všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tímto systémem se nahrazuje tradiční dělení na primární, sekundární a terciární prevenci. Tento nový rámec poměřuje rizika rozvoje užívání drog v určité populaci a rozsah intervencí. Každá kategorie popisuje cílové populace, u nichž se očekává, že jim jednotlivé intervence přinesou optimální prospěch. (8)

Prevence všeobecná se zaměřuje na celou populaci (např. veškeré obyvatelstvo určité země, místní komunitu, školu nebo městskou čtvrť), přičemž preventivní programy mají přinést prospěch každému členu dané populace.(8) Cílem je předat cílové skupině takové znalosti, dovednosti a postoje, které umožní předejít problémům spojeným s užíváním návykových látek nebo jiných druhů rizikového závislostního chování. To zahrnuje nejen předávání informací o těchto jevech, ale i rozvíjení schopností např. navazovat zdravé vztahy mimo rodinu, čelit sociálnímu tlaku, rozhodovat se, efektivně řešit konflikty apod. (27)

Selektivní prevence se zaměřuje na určité skupiny populace, u nichž je riziko rozvoje užívání drog nadprůměrné a je určeno přítomností biologických, psychologických, sociálních a enviromentálních faktorů.(8) Cílem je podílet se spolu s učiteli na řešení problematických situací ve třídách, předcházet vzniku sociálně nežádoucích jevů (např. ostrakismu, šikany, xenofobie, rasismu), zvyšovat pozitivní sociální klima ve třídě, rozvíjet schopnost dětí navazovat přátelské vztahy s vrstevníky, nenásilně zvládat konflikty. (21)

Indikovaná prevence se zaměřuje na jedince, u kterých se předpokládá riziko rozvoje užívání drog. Příkladem indikované prevence je intervence určená ke snížení konzumace konopných drog u neproblémových uživatelů.(8) Tato intervence klade důraz na cílenou, dlouhodobou a kontinuální práci s dětmi, jejich rodinami a pedagogy formou individuálních a rodinných konzultací. Na problémy dětí nahlíží v širším sociálním kontextu s důrazem na spolupráci s rodinou dítěte i se zástupci škol, kam dítě dochází.(9)

1.5. Zásady efektivní primární prevence

Obecné charakteristiky efektivního primárního programu je možné definovat takto:

- 1) Kombinace mnohočetných strategií
- 2) Kontinuita působení
- 3) Cílenost a adekvátnost

- 4) Propojenost
- 5) Včasný začátek
- 6) Pozitivní orientace (9)

Ad 1) Program využívá více strategií, např. prevenci ve školním prostředí a zároveň práci s rodiči.(19) To odpovídá bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu vzniku závislosti, ze kterého vyplývá, že příčiny rizikového a závislostního chování jsou velmi různorodé, proto i preventivní programy musí zahrnovat mnoho faktorů i spolupráci různých institucí. Mezi základní strategie patří práce s jednotlivci, práce se skupinou, práce s komunitou, spolupráce s rodiči, výcvik učitelů.

Ad 2) Vedle komplexnosti, včasného začátku a různorodosti představuje i kontinuitu jeden z předpokladů úspěšné prevence. Jedná se o proces, který by měl začít co nejdříve, nejlépe už v předškolním věku, a nepřetržitě pokračovat v průběhu celé školní docházky tak, aby se informace, které dítě dostává, neustále rozvíjely a zpřesňovaly. (17) Systém témat by měl být sestaven tak, aby na sebe vzájemně navazovala. Metody a formy preventivního dění by měly spirálovitě postupovat osnovami tak, aby se v průběhu výchovně vzdělávacího procesu jednotlivá témata opakovala na vyšší úrovni. (11)

Ad 3) Program musí odpovídat potřebám cílové skupiny a být adekvátní jejich věku, znalostem, sociálním dovednostem, interpersonálním vztahům v rámci kolektivu i míře rizika vzniku rizikového a závislostního chování. Program by měl reflektovat postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek a dalšímu rizikovému chování a být přizpůsoben věkovým odlišnostem v návaznosti na věková specifika, dovednosti a v neposlední řadě i znalosti a profesní orientaci cílové populace.

Ad 4) Propojenost prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek a prevencí problémů působených alkoholem a tabákem. Tabák a alkohol jsou nejrozšířenější drogy a působí největší škody, závislost na nich vzniká u dětí a dospívajících rychleji

než u dospělých a zejména alkohol je pro děti a dospívající mimořádně nebezpečný, i těch, kdo na něm (ještě) závislí nejsou. Jedná se např. o úrazy, dopravní nehody nebo násilnou trestnou činnost pod vlivem alkoholu. Jsou také drogami iniciačními – jejich užívání obvykle doprovází a často předchází zneužívání nelegálních látek. (11) Mezi další důvody patří skutečnost, že zejména dospívající mají tendenci vnímat prevenci zaměřenou úzce na ilegální návykové látky a ignorující tabák a alkohol jako jednostrannou a nevyváženou.

Ad 5) Preventivní dění by mělo v ideálním věku začít v co nejranějším věku, tak aby naplnilo svoji roli při formování názorů a postojů vůči užívání návykových látek a dalšímu rizikovému chování. Odborníci se shodují v tom, že v ideálním případě by mělo toto dění začít již v předškolním věku a to nejen v rámci pedagogického působení mateřských škol, ale hlavně v rodině. Podle zahraničních pramenů je účinnost prevence nejvyšší, když začíná 2 až 3 roky před prvním kontaktem s návykovou látkou, a jestliže průběžně pokračuje mnoho let. (11)

Ad 6) Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ. Podpora zdravého životního stylu a nabídka pozitivních alternativ v příslušné cílové skupině by měly být součástí každého preventivního programu, stejně jako nácvik relevantních dovedností jako odmítání návykové látky a schopnost čelit tlaku ze strany okolí, komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vztahy, asertivní dovednosti a zvyšování zdravého sebevědomí, nenásilné zvládnání konfliktu.

1.6 Primární prevence v návaznosti na věk

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám definuje 4 věkové skupiny, které zasahují žáky a studenty jak v rámci povinné školní docházky, tak i sekundárního vzdělávání. Jsou to věková skupina 6- 10 let, věková skupina 11 – 13 let, věková skupina 14 – 15 let a věková skupina 16 – 19 let. Žákům a studentům každé z věkových skupin má být předán soubor znalostí, dovedností a postojů, který jim zprostředkuje základní informace o drogách a jejich účincích, poskytne informace o

tom, kde hledat pomoc při vzniku problémů spojených s užíváním drog a pomůže snižovat rizika spojená se zneužíváním drog v případech, kdy vznikla závislost.(18)

Naproti tomu K. Nešpor a L. Csémy popisují 5 věkových skupin, kde každý věk má svá vývojová specifika, která je nutno v prevenci zohlednit. Zdůrazňuje nejen roli učitelů, ale hlavně roli rodiny. Do svého rozdělení zahrnuje nejen děti a mladistvé, ale i mladé dospělé, které dělí do těchto skupin: věková skupina do 1 roku, věková skupina 1 – 3 roky, věková skupina 3 – 6 let, věková skupina 7 – 12 let a věková skupina 13 – 22 let.(20)

Věková skupina 6-10 let

Tato věková skupina pokrývá celý 1. stupeň. V tomto věku se významně a souvisle rozvíjí hrubá i jemná motorika, pohyby jsou rychlejší, svalová síla větší, s tím jde ruku v ruce vývoj smyslového vnímání. Zároveň narůstá míra začleňování do společnosti a schopnost autoregulace, což odpovídá probíhajícímu emočnímu vývoji. (15)

Na začátku školní docházky má většina žáků nekriticky kladný vztah ke svým učitelům, hovoří se zde o možnosti nezdůvodněné autority, avšak s narůstajícím věkem přibývá kritických výhrad. (12)

Cílem primární prevence v tomto věku je prohlubovat dovednosti, jak chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti, a zároveň předat jednoznačné informace o škodlivosti alkoholu a tabáku včetně vymezení základních pravidel týkajících se užívání těchto látek. (23)

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

Znalosti:

- Léky jsou drogy a pomáhají nám.
- Léky musí být užívány dle předpisů a jsou-li zneužívány, mohou být nebezpečné.
- Léky musí být uloženy na bezpečném místě.
- Lékařský personál podává drogy jako součást léčby.

- Je zakázáno vlastnit některé drogy.
- Alkohol a tabák jsou také drogy, přestože vlastnit je není zakázáno.
- Některé látky, které bývají běžně v domácnosti, mohou být nebezpečné, jsou-li zneužívána a měly by být bezpečně skladovány.
- Drogy mají vliv na naše zdraví a mohou změnit to, jak se cítíme.
- Pozitivní a negativní stránka drog.
- Co je míněno termíny „užívat“ a „zneužívat“, dále „závislost“ a „návyk“.
- Jak pracuje lidské tělo.
- Hodnota zdraví a nevýhody špatného zdravotního stavu a nemoci.
- Příklady vhodného chování, které vede k utužení zdraví.
- Vědět, že rodiče a učitelé mohou pomoci.

Dovednosti:

- Dovednosti, jak se chránit v různých situacích.
- Dovednosti, jak získat pomoc pro sebe nebo pro jiné, když je to zapotřebí.
- Dovednosti zachovat si vlastní sebedůvěru a podporovat sebedůvěru druhých.
- Schopnost rozlišit, co je a není požitelné.
- Dovednosti v oblasti péče o tělo.

Postoje:

- Vědomí si sebe sama, sebeúcta, pochopení vlastních hodnot.
- Mít pochopení pro určité hodnoty (např. právní povědomí).
- Přijmout dobře míněné rady od rodičů a od učitelů.
- Umět přijímat rozdíly mezi lidmi a skutečnost, že různí lidé jednají podle vlastních hodnot.
- Uvědomělý postoj k používání a skladování výrobků užívaných v domácnosti.
- Kladný postoj k vlastnímu tělu. **(18)**

Věková skupina 11-13 let

Tato věková skupina odpovídá 6. a 7. třídám základních škol a tomu odpovídajícím ročníkům víceletých gymnázií. Pro děti to znamená často tvorbu nových kolektivů, přechod na jiný systém výuky, kdy každý předmět vyučuje jiný učitel, i mnohem větší nároky na samostatnost.

J. Langmeier toto období definuje jako fázi prepuberty. V tomto období dochází k postupnému uvolňování z přílišné závislosti na rodičích, kteří jim však stále poskytují citovou jistotu a bezpečí ve všech událostech. (15)

J. Němec a kol. v dokumentu Pedagogové proti drogám definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

Znalosti:

- Úloha léků ve společnosti.
- Pozitivní a negativní účinky alkoholu.
- Nebezpečí kouření tabáku.
- Další informace o specifických drogách (včetně těkavých látek a léčiv).
- Experimentování s drogou je osobní věcí každého, ale je nutné vědět, že může mít nebezpečné důsledky.
- Potencionální důsledky experimentování s drogou (včetně oblasti zdraví, právního rizika, vlivu na rodinu).
- Zdraví a nemoc. Znalost stavby těla a fungování lidského těla.
- Základní znalosti péče o tělo (význam správné stravy, význam cvičení pro zachování zdraví).

Dovednosti:

- Dovednosti spojené se správným rozhodováním.
- Dovednosti vybírat si vhodné osoby a organizace, u nichž lze hledat pomoc.
- Dovednosti při budování vlastní sebeúcty a sebeúcty druhých.
- Dovednosti volby správného druhu stravy.
- Dovednosti v oblasti péče o tělo, v oblasti tělesných cvičení a hygieny.

Postoje:

- Uvědomění si vlastních hodnot.
- Pozitivně přijímat příklady dospělých, zejména rodičů a učitelů.
- Přijímat odpovědnost za sebe a své chování.
- Tolerance vůči nedostatkům ostatních.
- Akceptování a ocenění rozmanitostí a rozdílností v lidském životě.
- Znalost obecně respektovaných postojů vůči odlišným skupinám lidí (např. k uživatelům drog) a vědět, jak postoje ovlivňují to, jak je s těmito lidmi zacházeno.
- Cenit si vlastního těla. **(18)**

Věková skupina 14-15 let

V tomto věku dochází k dosažení pohlavní zralosti, pokračuje oddělování o primární rodiny a prohlubuje se zájem o kontakty s osobami opačného pohlaví. Vývoj je doprovázen emoční nestabilitou, častými změnami, stíženou koncentrací pozornosti a výrazně kritickými postoji vůči autoritám. Zároveň dochází k nutnosti volby budoucího povolání. **(15)**

J. Němec v dokumentu Pedagogové proti drogám definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

Znalosti:

- Užívání drog v minulosti a úloha „lidových léků“.
- Způsoby, jakými výrobci alkoholu a tabákových výrobků propagují své výrobky.
- Další informace o působení drog a nebezpečí, které mohou přinést.
- Znalost v oblasti práva v souvislosti s drogami.
- Znalost školních předpisů týkajících se drog a jejich užívání.
- Pochopení úlohy různých faktorů v otázkách zdraví, jak předcházet chorobám a podporovat zdraví.

- Porozumění významu péče o tělo.
- Znalosti, kde získat radu a pomoc, nastanou-li problémy – telefonní čísla atd. (včetně specifických problémů s drogami).
- Znalosti, jak poskytnout pomoc druhým.

Dovednosti:

- Vědět o možném nátlaku vrstevníků a jak mu odolat.
- Dovednosti, jak pozvednout vlastní sebehodnocení a schopnost hodnocení druhých.
- Dovednosti v rozvoji nezávislosti a tolerance v osobních vztazích.
- Dovednosti, jak řešit konflikty a jak se vyrovnávat s problémy.
- Dovednost vybrat si a vychutnat jídlo, jakožto součást života.
- Rozvoj dovednosti, jak hledat radu a pomoc.
- Dovednosti jak poskytovat pomoc druhým.

Postoje:

- Základní optimistická životní orientace vůči tomu, co život přináší.
- Být zodpovědný vůči sobě i svému okolí.
- Pozitivní sebejistota v rozhodování založená na radách a příkladech druhých.
- Ochota vyhledávat pomoc, jíž je za potřebí.
- Nápomocný přístup vůči druhým. **(18)**

Věková skupina 16-19 let

Tato věková skupina odpovídá sekundárnímu vzdělávání, kdy opět dochází k tvorbě nových kolektivů a osamocení od rodiny, které je spojené s pobytem v internátních zařízeních nebo delším dojížděním.

Cílem primární prevence v tomto věku je podpořit protidrogové postoje a normy, nabízet pozitivní alternativy trávení volného času, seznámit s možnostmi řešení obtížných situací včetně možností, kam se obrátit v případě problémů spojených s užíváním návykových látek. **(23)**

J. Němec v dokumentu Pedagogové proti drogám definuje znalosti, dovednosti a postoje následovně:

Znalosti:

- Kulturní kontext využívání a zneužívání drog.
- Světový obchod s drogami.
- Techniky, které využívají tvůrci reklam (např. alkohol a tabák) k propagování těchto výrobků.
- Informace o specifických drogách a jejich zneužívání: rizika a možná nebezpečí.
- Možné důsledky experimentování.
- Znalost zákonných norem vzhledem k drogám.
- Rozvíjení schopnosti porozumět zdraví a tomu, jak chování ovlivňuje zdraví.
- Pochopení biologického a mentálního vývoje.
- Znalost, kde získat pomoc a radu, nastanou-li problémy – telefonní čísla (včetně pomoci se specifickými problémy i týkajícími se drog).
- Pochopení role v rodině a rodičů pro prevenci zneužívání drog.

Dovednosti:

- Dovednosti porozumět vlastním přáním a jejich zdrojům.
- Dovednost vyhodnotit záměr tvůrců reklam a umění odolat jejich lichočkám.
- Dovednosti, jak pozitivně se prosazovat a jak zvýšit vlastní odolnost vůči sebedestruktivnímu chování.
- Dovednosti, jak ovládat své emoce.
- Dovednosti, jak naslouchat druhým a jak sdělovat pocity a efektivně komunikovat.
- Dovednosti, jak zastávat a obhajovat v debatách a diskuzích své vlastní postoje.
- Dovednosti řešit problémy.
- Dovednosti zdokonalovat si sociální schopnosti (např. sebekontrolu, odolnost vůči stresu). (18)

- Dovednosti umět ventilovat a vyjádřit své pocity různými způsoby (např. drama, tanec, hudba).
- Dovednosti v oblasti vztahů a rodičovství.

Postoje:

- Základní optimistická životní orientace vůči tomu, co život přináší.
- Rozvíjení pozitivní sebejistoty.
- Znalost motivů, které souvisejí s experimentováním s drogami a jejich zneužíváním, a které výrazně ovlivňují postoje.
- Rozvoj a pochopení vlastních citů.
- Rozvoj sebepoznání a vnímání hodnot souvisejících s vyjádřením vlastních emocí v určitých situacích.
- Znalost stádií vlastního vývoje a dozrání své úlohy ve společnosti.
- Tolerantní přístup k druhým.
- Pozitivní seberealizace a životní perspektivy.

1.7. Monitoring

Monitoring se používá především pro stanovení vhodných marketingových strategií (1), protože však spočívá v dlouhodobém sledování a vyhodnocování, je vhodný také pro efektivní provádění primární prevence.

Hartl a Hartlová popisují monitoring jako sledování, registraci psychických funkcí, chování jedince či skupiny z důvodů výzkumných, ochranných aj.(7)

1.7.1. Funkce monitoringu

Monitoring má ve vztahu k rizikovému a závislostnímu chování několik úloh:

- sleduje dlouhodobé trendy a dynamiku jednotlivých jevů a postojů v rámci celé populace,

- je spolehlivým nástrojem pro stanovení míry zasažení dílčích skupin sociálně patologickými jevy a to od nejnižší úrovně (třídy, ročníky, školy) až po správní celky (města, bývalé okresy, kraje, státy),
- poskytuje informace pro stanovení nejvhodnější formy primární prevence pro daný celek a její včasný začátek,
- reflektuje míru účinnosti již probíhajícího preventivního dění a poskytuje podněty pro jeho další vývoj,
- prokazuje efektivitu provedených legislativních a metodických změn.

Správně realizovaný monitoring je prováděn pravidelně, kontinuálně a vždy při rozhodování o změnách v rozsahu primární prevence. (25)

1.7.2 Subjekty, které mohou provádět monitoring

Mezi subjekty, které mohou vykonávat monitoring se řadí:

- rodiče a celá rodina jako společenství, ke kterým má dítě v optimálním nejbližší vztah,
- škola a zvláště pak třídní učitel, jenž má s danou třídou pravidelný a dlouhodobý kontakt, výchovný poradce, který se ve své práci zaměřuje na tzv. „problémové žáky“,
- lékaři setkávající se ve svých ordinacích s pacienty: oběťmi šikany, experimentátory / uživateli drog,
- pedagogičtí pracovníci v roli vedoucích volnočasových aktivit, zájmových kroužků a sportovních oddílů, kteří jsou pro děti a dospívající vzorem, autoritou nebo starším kamarádem,
- pracovníci pedagogicko psychologické poradny a kurátoři,
- specializované organizace zabývající se monitoringem sociálně patologických jevů (např. NMS),
- neziskové organizace, které monitoring provádí jako průzkum poptávky po jimi poskytovaných službách (nízkoprahové kluby) (25)

1.7.3 Techniky používané v monitoringu

Techniky používané při monitoringu, jejich výhody a nevýhody:

- 1) dotazníky,
- 2) sociometrické metody,
- 3) pozorování,
- 4) odborné lékařské vyšetření,
- 5) rozhovor,
- 6) další specifické činnosti. **(25)**

Ad 1) Dotazník je vlastně způsob psaného řízeného rozhovoru, kde se požadují psané odpovědi. **(12)** Mohou se přímo orientovat na problematiku zneužívání návykových látek a dalšího rizikového a závislostního chování. Mezi jejich hlavní výhody patří fakt, že jsou rychlé, snadno vyhodnotitelné, přehledné a levné, proto jsou velmi vhodné pro plošný monitoring. Navíc při použití ve školním prostředí je jejich návratnost vysoká. Pro žáky a studenty jsou přijatelné pro anonymitu, kterou poskytují, a to anonymitu nejen vůči pedagogům, ale i vůči spolužákům, což je výhodné zvláště u kolektivů, kde se předpokládá šikana. Na druhou stranu při monitoringu prováděném touto metodou chybí přímý kontakt s respondentem.

Možnou a v současné době aktuální variantou dotazníkových šetření je využívání informačních technologií a to pomocí on-line systémů pro sběr a vyhodnocení dat. Pro tyto systémy je charakteristické, že sami žáci a studenti vyplňují anonymně dotazník pomocí internetové aplikace a tyto data se pak automaticky vyhodnocují. Vynechává se zde vyplňování papírových dotazníků a jejich zpracovávání. Jsou tedy rychlejší, efektivnější a levnější než tradiční sběr dat pomocí klasických papírových dotazníků. Tyto aplikace jsou dostupné z www.prevence.net a www.o-drogach.cz.

Ad 2) Sociometrie je způsob zkoumání struktury a dynamiky skupiny, mezilidských vztahů a postojů, jejímž zakladatelem je J. L. Moreno. **(18)**. Dotazníky cíleně využívají otevřených otázek typu: „Pokud bys jel s třídou na výlet, komu bys svěřil lékárníčku?“

Ačkoliv nejsou náročné na přípravu, ani na vyhodnocování, přesto se však často nevyužívají.

Ad 3) Pozorování je nejpřirozenější metodou monitoringu, které může provádět prakticky kdokoliv, kdo je s žákem či studentem v pravidelném styku, ať už je učitel, vedoucí volnočasových aktivit nebo specialista na problematiku rizikového a závislostního chování. Pozorování může probíhat jak při každodenním vyučování, tak při zvláštním programu.

Ad 4) Praktičtí lékaři pro děti a dorost i odborní lékaři mají ve svých ordinacích příležitost rozpoznat uživatele omamně psychotropních látek nebo oběti šikany. Mají možnost navázat s pacientem důvěrný vztah a upozornit ho na rizika jeho chování a možnosti řešení. Zároveň mu mohou předat kontakt na další odborníky.

Ad 5) Rozhovor je vhodnou technikou při podezření na výskyt rizikového a závislostního chování. Od provádějícího odborníka vyžaduje maximální profesní připravenost a hlavně schopnost vzbudit u dítěte či mladistvého důvěru. Je proto velmi náročnou technikou, především na čas.

Ad 6) Specifické činnosti, mezi které patří např. narativní techniky a arteterapeutické aktivity, jsou vhodné při dlouhodobé práci se skupinou. Dají se však využít i při vstupním monitoringu, ale vyžadují odborného pracovníka, který dokáže skupinu dobře motivovat ke spolupráci.

1.7.4 Monitoring a jím sledované jevy

Monitoring se ve školním prostředí využívá ke sledování následujících jevů:

- 1) užívání alkoholu ,
- 2) užívání tabákových výrobků,
- 3) užívání návykových nelegálních látek, včetně rozpouštědel,
- 4) nelátkové závislosti,

- 5) šikana,
- 6) rizikové chování (sex)/ nežádoucí dětská sexualita.

Ad 1) Jakoukoliv zkušenost s pitím alkoholu má v České republice 98% šestnáctiletých, tzn. těch, kteří právě opustili základní školu. Svoji roli zde hraje společenská tolerance k užívání alkoholu a podceňování rizik, která jsou s jeho užíváním spojená, stejně jako široká dostupnost a to i mezi dětmi a mládeží, ačkoliv je alkohol pro mladistvé vzhledem k jejich věku nelegální látkou. Přitom ze sta konzumentů alkoholu se pět dostává do závislosti. (22) Zuzana Podaná a Jiří Buriánek ve svém výzkumu „Česká mládež v perspektivě delikvence“ zaměřeném na populaci žáků 7. – 9. ročníků základních škol a odpovídajících ročníků 6letých a 8letých gymnázií uvádí, že pití alkoholu je u dětí značně rozšířené a začíná již ve velmi nízkém věku, v průměru v deseti letech. (4)

Ad 2) Tabák a tabákové výrobky podobně jako alkohol zaujímají v České republice postavení jedné z nejužívanějších návykových látek. Ačkoliv je jeho škodlivé působení na zdraví všeobecně známé, je postoj veřejnosti ke kouření a jiné užívání tabáku a tabákových výrobků velmi tolerantní. Tabákové výrobky jsou dětem a mladistvým běžně dostupné, zároveň je vlivem médií kouření spojeno s pojmy jako je dospělost, dobrodružství i elegance. Přitom závislost na cigaretách je často hůře léčitelná než závislost na tvrdých drogách. (22) Eva Králíková a Lenka Štěpánková z Centra léčby závislosti na tabáku ve své prezentaci Primární prevence rizikového chování uvádějí, že průměrný věk první cigarety je 10let. (14)

Ad 3) Užívání drog je spojeno s riziky psychickými, fyzickými, sociálními a spirituálními. Abusus návykových látek u dětí a dospívajících má určitá specifika, závislost na látkách vzniká rychleji, existuje vyšší riziko těžkých otrav i nebezpečného chování pod vlivem návykové látky, zaostávání v psychosociálním vývoji i tendence zneužívat širší spektrum návykových látek. (19) Mezi nejčastěji zneužívané látky na základních školách patří marihuana, houbičky (lysohlávka), a hašiš. Avšak až 2% žáků

základních škol užívá i tzv. tvrdé drogy (heroin, pervitin). První kontakt s klasickou drogou (míněno bez alkoholu a tabáku) byl v roce 2000 13 let. (6)

Ad 4) nelátkové závislosti, mezi které odborníci s ohledem na cílovou skupinu řadí především gambling (patologické hráčství), netománii (závislost na internetu), chatománii (závislost na komunikačních programech) a závislost na mobilním telefonu. Jsou to poměrně nové oblasti rizikového chování, které prochází dynamickým vývojem. Tyto závislosti vyvolávají vtíravé myšlenky, pocity izolovanosti, ztrátu soukromí, ztrátu zájmu o osobní kontakt, nárůst agrese, odcizení, poškození sociálního vývoje a permanentní neklid, které se promítají i do oblasti psychosomatické oblasti, např. jako bušení srdce.(24) V roce 2000 mělo opakovanou zkušenost s hraním na výherních automatech 1,9 % žáků základních škol. (6)

Ad 5) Šikana, to je nemoc. Nemoc, toho, kdo šikanuje, proto je to nemocné – patologické chování. Většina projevů naplňuje skutkovou podstatu trestných činů. Při posuzování toho, co je a není šikana, je třeba mít na zřeteli především to, jak uvedené projevy působí na oběť šikany. Důležitým znakem je nepoměr sil mezi agresorem a obětí, stejně jako samoučelnost převahy agresora nad obětí. Šikana vzniká tam, kde existují ve skupině, např. ve třídě, nezdravé vztahy, kde je výrazná diferenciacce na silné a slabé. Ve školních kolektivech existuje vážné nebezpečí, že i pedagog, často neúmyslně, dá signál silnějšímu jedinci, který pak začne dělat to, co vede k šikaně. (13) Šikanování je jen velmi zřídka hlášeno na policii, pouze 3% případů. Přitom se však se šikanou setkalo pouze za poslední rok 10,8% žáků 7. – 9. tříd základních škol a těmito ročníkům odpovídající třídy víceletých gymnázií. Nižší výskyt šikany vykazují víceletá gymnázia, kde se se šikanou v posledním roce setkalo 7% studentů tzv. nižšího stupně gymnázií oproti 11% žáků základních škol.(4) Iva Juráčková ve své zprávě „Některé aspekty šikany v současné škole“ uvádí, že se šikanou se děti nejčastěji setkávají v jejich 10 - 13 letech. (9)

Ad 6) Rizikovým chováním se v tomto případě rozumí předčasné sexuální styky, tzn. před dovršením 15. roku věku, dále nedobrovolné sexuální styky, nechráněné styky, styky pod vlivem omamných a psychotropních látek, sexuální styky s neznámým partnerem. Josef Falář a kol. ve své studii uvádí, že v populaci žáků 7. – 9. tříd a tomu odpovídajících ročníků gymnázií v roce 2000 přiznalo sexuální styk 8,4 % žáků a průměrný věk prvního sexuálního styku byl 13,1 roku. (6)

1.8 Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti bylo zřízeno usnesením vlády č. 643 ze dne 19. června 2002 o zřízení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Národní monitorovací středisko je také českým národním partnerem decentralizované agentury Evropské unie pro monitorování drog – Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost se sídlem v Lisabonu (EMCDDA) a členem evropské sítě monitorovacích středisek REITOX, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek, připravovat podklady pro kvalifikovaná politická rozhodnutí v této oblasti na národní i evropské úrovni a vyhodnocovat jejich účinnost..Organizačně je Národní monitorovací středisko součástí odboru pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky. (26)

Existence samostatného národního střediska pro tzv. data trestně-právního sektoru (v tomto případě nezahrnuje celou oblast, není zahrnuto vězeňství) je výjimečná. V zemích Evropské unie je jen jedno národní monitorovací středisko (National Focal Point). Experti EMCDDA se však domnívají, že v budoucnu může být situace obdobná naší ve více zemích, protože pro přístup k policejním datům jsou někdy nutná zvláštní oprávnění. (5)

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti poskytuje garantované, objektivní, kvalitní, přesné a spolehlivé informace o problému drog v ČR. V rámci tzv. drogového informačního systému provádí, iniciuje a podílí se na monitorovacích a výzkumných aktivitách. Nástrojem pro plánování, koordinaci a rámcové hodnocení

drogového informačního systému je Národní akční plán drogového informačního systému. Aktivity drogového informačního systému jsou zaměřeny na sběr, analýzu, syntézu a interpretaci informací na straně jedné a na jejich rozšiřování na straně druhé. Metodicky a koncepčně je tento systém v souladu s informačním systémem EMCDDA; to se týká zejména systému pěti klíčových indikátorů (užívání drog v obecné populaci, problémové užívání drog, infekce spojené s užíváním drog, úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita uživatelů drog, žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním drog), který tvoří základní metodologii a sadu dat o užívání drog a jeho následcích ve všech zemích sítě REITOX. (26)

Základní principy práce národního monitorovacího střediska lze shrnout do následujících hesel: přístup 'evidence based' – tj. založený na vědeckých důkazech, odbornost, aplikace standardních ověřených postupů zaručujících srovnatelnost dat v čase a meziregionálně, informační otevřenost, horizontální a vertikální meziřesortní, mezisektorová a mezioborová spolupráce a v neposlední řadě komplexní a flexibilní přístup, zaměřený na řešení konkrétního problému. (26)

1.9 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) přináší aktuální poznatky o užívání alkoholu a jiných návykových látek (nezákonné drogy a tabák) mezi dospívající mládeží. V roce 1995 proběhla první vlna studie, které se zúčastnilo 26 evropských zemí. Studie je opakována se čtyřletou periodicitou a ČR se zatím účastnila všech šetření, tzn. v letech 1995, 1999, 2003 a 2007. Jde o ojedinělou studii, která je považována za evropský standard a její výsledky jsou využívány jak pro národní protidrogovou politiku, tak v celoevropské koordinaci prostřednictvím EMCDDA.

Projekt byl iniciován a je koordinován Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách ve spolupráci se Skupinou Pompidou při Radě Evropy. Plánování sběru dat a následující vlastní sběr dat probíhá ve spolupráci s národními řešiteli účastnících se zemí. Každý národní řešitel odpovídá za získání potřebné finanční podpory na sběr a

zpracování dat. Sledovanou věkovou skupinou jsou studenti středních škol, kterým je v době dotazování 15-16 let.

Hlavním cílem studie ESPAD je získat srovnatelné a validní odhady spotřeby alkoholu a užívání drog u mládeže v Evropě. Nejvýznamnějším dlouhodobým cílem projektu je porovnání trendů mezi jednotlivými zeměmi. V roce 2007 proběhla již čtvrtá vlna studie, která umožnila vyhodnotit změny za období 1995 až 2007 a výsledky studie jsou jedním z významných zdrojů poznatků pro projekci preventivních aktivit na národní úrovni.

Zadání a zpracování studie ESPAD v České republice má tyto cíle:

- získat validní a spolehlivé odhady prevalence vybraných forem návykového chování u reprezentativního souboru mládeže ve věku 15 – 16 let,
- vyhodnotit trendy ve zneužívání návykových látek v letech 1995, 1999, 2003 a 2007,
- porovnání rozsahu užívání návykových látek v ČR a ostatních evropských zemích,
- porovnat rozsah užívání drog na úrovni jednotlivých krajů pro potřeby meziregionálního srovnání a podkladů pro provádění programů protidrogové politiky na regionální úrovni.

Národním řešitelem za ČR je PhDr. Ladislav Csémy. Studie je realizována v rámci výzkumných aktivit Psychiatrického centra Praha a využívá infrastruktury této organizace. Národní řešitel odpovídá za komplexní řešení úkolu včetně personálního a organizačního zabezpečení. Vzhledem k rozsahu úkolu se počítá s meziinstitucionální spoluprací, zejména se Státním zdravotním ústavem a Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti ČR (National Focal Point).

Studie sleduje studenty a učně ve věku 15-16 let. Při konstrukci vzorku je nutno zvolit vhodnou strategii zaručující reprezentativitu vybraného souboru, proto se využívají informace o demografické struktuře obyvatel ČR Českého statistického úřadu a informace o studentech a učních, které jsou dostupné v Ústavu pro informace ve

vzdělávání. Reprezentativita dále vyžaduje, aby vzorek byl minimálně 7 200 dotázaných přibližně ze 240 základních a středních škol a odborných učilišť v ČR.

Pro sběr dat se používá česká verze dotazníku ESPAD. Vedle mezinárodní části, závazné pro všechny účastníky projektu, je možné připojit další otázky, které zajímají danou zemi. Do dotazníku jsou zapracovány otázky týkající se rodiny a vztahů v rodině, poruch chování, postojů k užívání drog. **(26)**

2.Cíle práce a hypotézy

Cíle práce

Cílem mé práce je zmapovat zohlednění statistických údajů v návaznosti na prováděnou prevenci. (C1)

Zmapovat využívání monitoringu při primárně preventivním dění na základních školách. (C2)

Hypotézy

Na základě prostudované literatury a dosavadní zkušeností v práci s mládeží ve školním prostředí jsem si stanovila následující hypotézy:

H1: Preventivní činnost nepřichází vzhledem k věku při prvním experimentu se rizikovým a závislostním chováním včas.

H2: Většina preventivních programů ve školách v minimálních preventivních programech nezohledňuje výsledky statistických dat či výsledků monitoringů.

H 3: Školy nerealizují monitoring za účelem zjištění výskytu rizikového a závislého chování.

3. Metodika

Použité metody

K ověření hypotéz jsem použila jak kvantitativní, tak kvalitativní metody výzkumu.

Vzhledem k velikosti vzorku, počtu respondentů z řad žáků druhého stupně základních škol a tomu odpovídajících ročníků gymnázií, byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Dotazník byl vybrán z toho důvodu, protože jím lze poměrně snadno získat informace i od velkého množství respondentů a také pro svoji nízkou časovou a finanční náročnost. Jeho negativní stránkou je vysoká náročnost na ochotu respondenta jej vyplnit.

Pro splnění stanovených cílů byl vytvořen dotazník s 30-ti otázkami, z nichž je pro účely této práce použito 16 otázek, konkrétně otázky č. 1-3, 7, 13 -22, 26 a 30, zbylé otázky byly použity pro jiný výzkum. Tím se podařilo dosáhnout velkého počtu respondentů. Vzhledem k dětskému věku respondentů bylo zvoleno tykání. V dotazníku jsou použity otázky otevřené, polostrukturované i strukturované. Otázky č. 1 -3 zjišťovaly demografické složení výzkumného souboru. Otázky č. 13 -22, 26 a 30 cíleně zjišťovaly, kdy se respondent poprvé setkal s omamnými a psychotropními látkami nebo kdy byl poprvé vystaven rizikovému chování.

Dotazníky byly do jednotlivých tříd distribuovány po dohodě s ředitelem osobně, tak aby bylo možné každou otázku komentovat a upřesnit či zodpovědět případné otázky respondentů. Dvojice dotazovatelů byl zároveň administrátory při rozdávání i vyhodnocování dotazníků, tím se zabránilo rozdílnostem, ke kterým by došlo, pokud by administrátorem byla nezúčastněná osoba. Dotazník byl zcela anonymní, aby mohl být respektován důvěrný obsah sdělených informací. Pro větší míru anonymity neměl být učitel přítomen ve třídě při vyplňování dotazníků, ale toho se podařilo dosáhnout pouze v 58% tříd.

Jako kvalitativní metodu výzkumu jsem zvolila rozhovor, který jsem vedla s školními metodiky prevence, metodikem prevence v pedagogicko-psychologické poradně a krajským koordinátorem primární prevence. V těchto rozhovorech jsem zjišťovala způsob zabezpečení preventivního dění a jeho frekvenci, postoje k monitoringu a jeho využívání v praxi, zdroje informací o sociálně patologických jevech. Dalším dotazováním jsem zjišťovala, kdy dle školního metodika dochází k prvnímu kontaktu s rizikovým chováním a kdy začínají s prevencí jednotlivých sociálně patologických jevů.

Rozhovor jako zvolila pro přímý kontakt s respondentem, možnost hlubšího dotazování i zaznamenání jemných nuancí v odpovědích. Tento způsob výzkumu je velmi časově náročný a zároveň požaduje velkou ochotu respondenta k poskytnutí rozhovoru.

Doplňkovou metodou mi bylo studium Minimálních preventivních programů.

Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili respondenti z řad žáků druhého stupně základních škol a nižších ročníků gymnázií. Celkem se šetření zúčastnilo 38 tříd z šesti základních škol a gymnázií. Vlastní šetření probíhalo od října 2007 do února 2008. Na vybraných základních školách v regionu České Budějovice bylo rozdáno žákům sedmých, osmých a devátých tříd celkem 1008 dotazníků, vráceny byly všechny, návratnost je v procentuálním vyjádření 100%. Pro výzkum jich bylo využito 980. Originální verze dotazníku je uvedena v příloze č.1

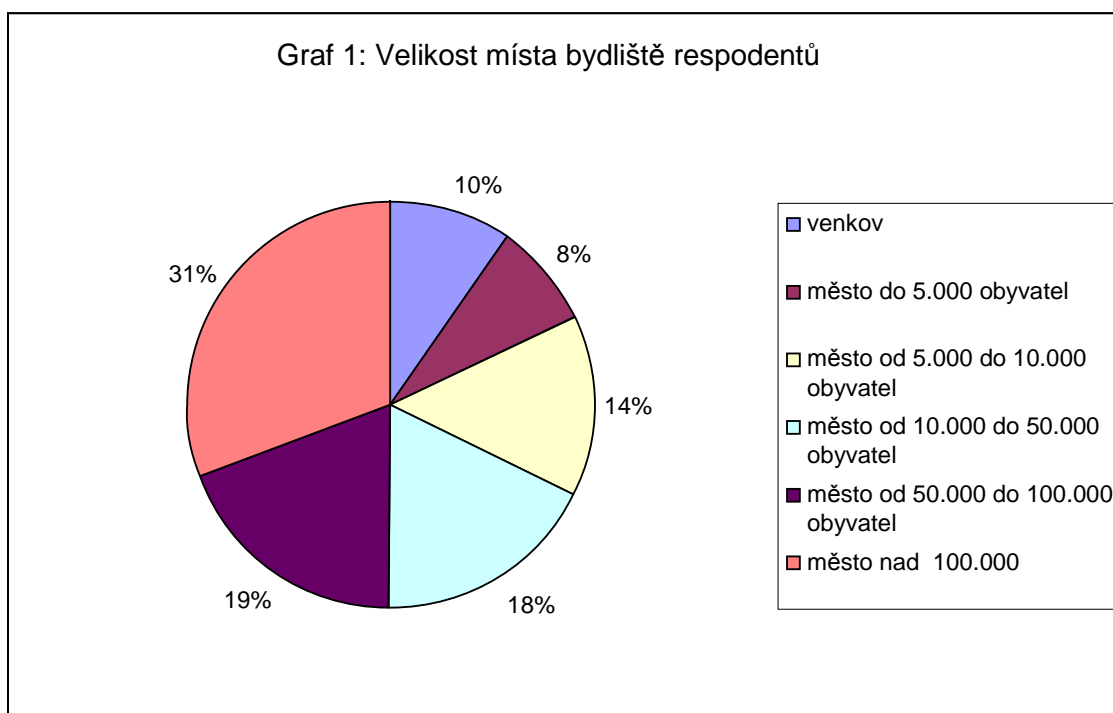
Výzkumný soubor kvalitativního výzkumu tvořili školní metodici prevence. S žádostí o rozhovor byly osloveno pět školních metodiků prevence, z toho čtyři byli ochotni rozhovor poskytnout. Tito čtyři respondenti mi zároveň přislíbili Minimální preventivní program, ovšem jen tři mi jej opravdu poskytli.

4. Vyhodnocení

4.1 Vyhodnocení dotazníků pro žáky

Výzkumu se zúčastnilo 512 mužů a 486 žen. Obě pohlaví byla zastoupena rovnoměrně ve všech školách.

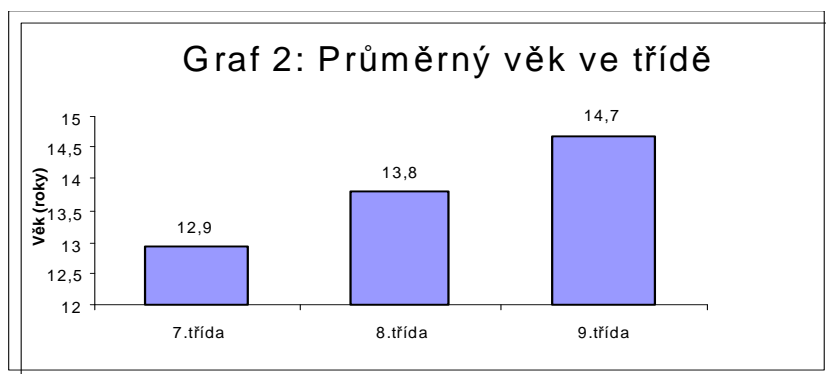
Otázkou č. 1 dotazníku (příloha) jsem zjišťovala, kde žáci trvale žijí. Jak vyplývá z grafu č. 1, z celkového počtu 980 respondentů odpovědělo 303, že trvale bydlí na městě nad 100.000 obyvatel, 187 respondentů odpovědělo, že bydlí v městě od 50.000 do 100.000 obyvatel, 173 respondentů vypovědělo, že bydlí v městě od 10.000 do 50.000 obyvatel, 140 respondentů odpovědělo, že bydlí v městě od 5.000 do 10.000 obyvatel, 81 respondentů odpovědělo, že bydlí v městě do 5.000 obyvatel a 96 respondentů vypovědělo, že bydlí na venkově.



Zdroj: Vlastní výzkum

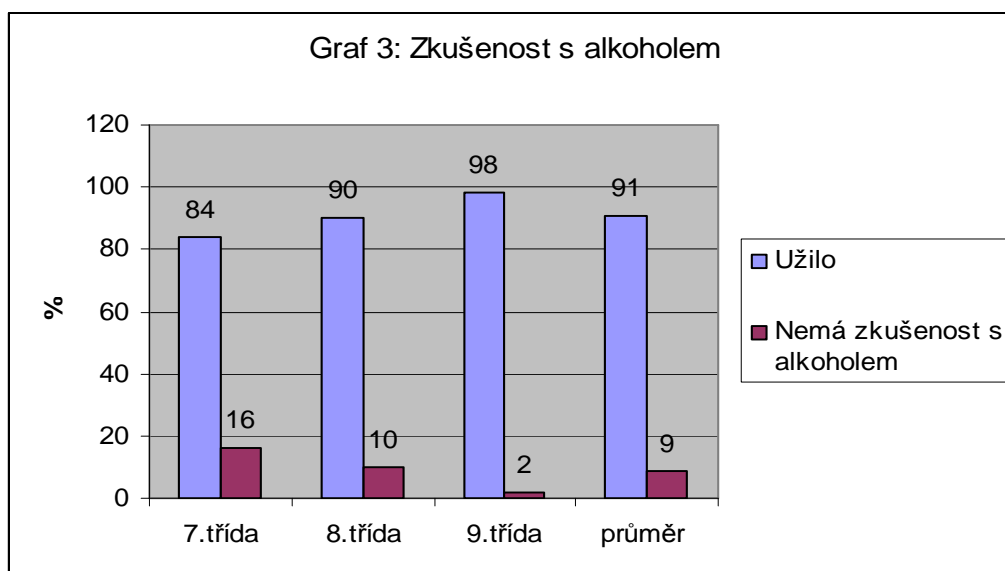
Ze 980 respondentů bylo 331 žáků sedmých tříd a sekund, jejichž průměrný věk je 12,9 let, 325 žáků osmých tříd a tercií, jejichž průměrný věk je 13,8 let, a 324 žáků devátých tříd a kvart, jejichž průměrný věk je 14,7 let. Všechny ročníky byly ve

výzkumném vzorku zastoupeny rovnoměrně, průměrný věk celého souboru je 13,8 let. Tyto data jsou patrná v grafu č. 2.



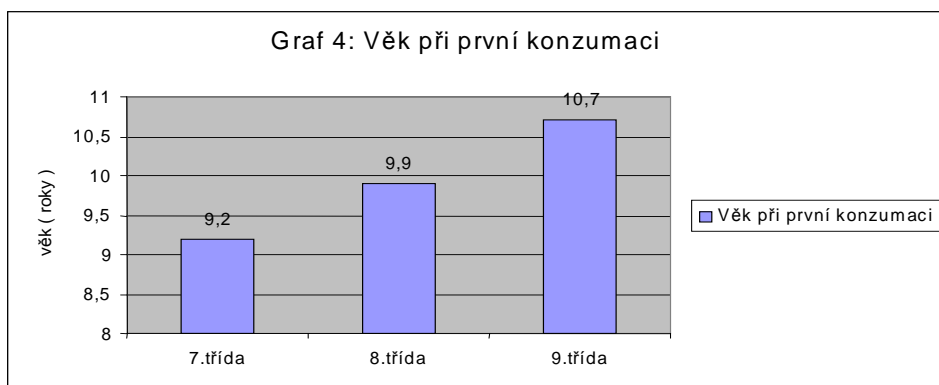
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 zaznamenává odpovědi respondentů na otázku, zda ochutnali alkohol. Na tuto otázku odpovědělo 278 žáků sedmých tříd a sekund kladně, z osmých tříd a tercií kladně odpovědělo 291 respondentů, v devátých třídách a kvartách odpovědělo kladně 318 respondentů. V celém souboru odpovědělo 91% respondentů, že alkohol už ochutnalo, a 9% respondentů, že dosud alkohol neochutnalo.



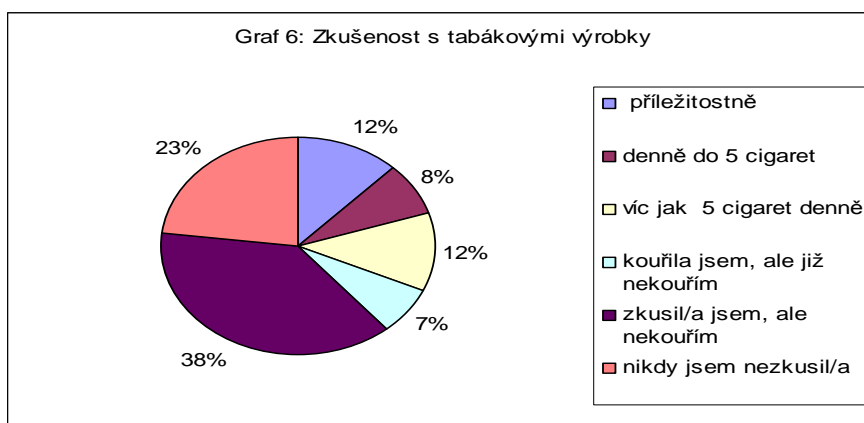
Zdroj: Vlastní výzkum

Zároveň jsem také zjišťovala, kdy dochází k prvnímu kontaktu s alkoholem. Respondenti ze sedmých tříd a sekund odpověděli, že alkohol ochutnali v 9,2 letech, respondenti z osmých tříd a tercií odpověděli, že alkohol ochutnali v 9,9 letech, a respondenti z 9.tříd a kvart odpověděli, že alkohol ochutnali v 10,2 letech. Průměrný věk při prvním kontaktu s alkoholem byl 9,9 let, jak vyplývá z grafu č. 4.



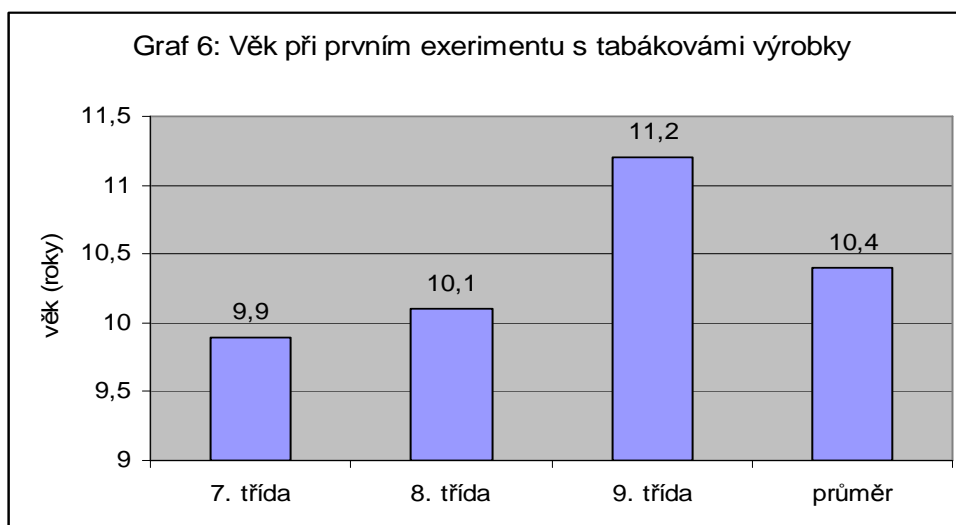
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č.6 jsou zachyceny odpovědi respondentů, zda již mají zkušenost s kouřením. Z výzkumu vyplynulo, že 755 respondentů, což je v procentním vyjádření 77%, má již nějakou zkušenost s kouřením. Naopak 225 respondentů, což je v procentním vyjádření 23%, dosud žádnou zkušenost s kouřením nemá. Z celého souboru je 120 osob příležitostnými kuřáky, 76 respondentů kouří denně do 5ti cigaret, 114 respondentů kouří více než 5 cigaret denně. 375 respondentů tabákový výrobek zkusilo, ale nekouří, jednalo se tedy o experiment. Dále 70 respondentů tabákové výrobky kouřilo, ale v současnosti nekouří.



Zdroj: Vlastní výzkum

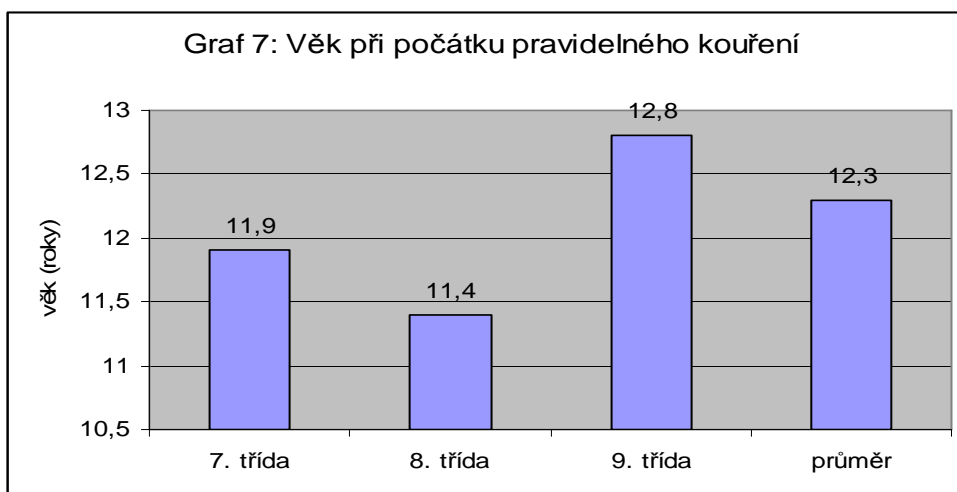
Zjistila jsem, že průměrný věk prvního experimentu s kouřením byl v sedmé třídě a sekundě 9,9 let, v osmé třídě a tercií 10,1 let a v deváté třídě a kvartě 11,2 let. V celém výzkumném souboru byl průměrný věk prvního experimentu s tabákovými výrobky 10,4 roku. Tyto hodnoty zaznamenává graf č. 6.



Zdroj: Vlastní výzkum

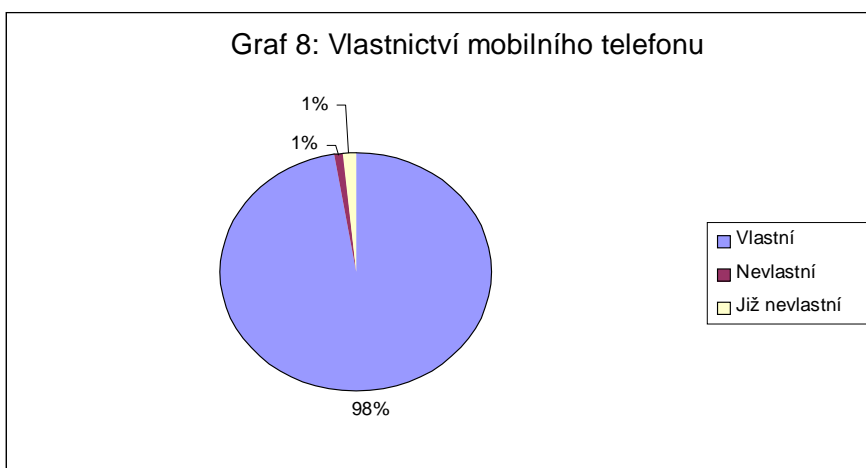
Graf č. 7 znázorňuje, jak se mění věk počátku pravidelného kouření. Respondenti ze sedmých tříd a sekund vypověděli, že pravidelně začali kouřit průměrně v 11,9 letech, respondenti z osmých tříd a tercií vypověděli, že začali pravidelně kouřit průměrně v 11,4 letech, a respondenti z devátých tříd a kvart vypověděli, že začali

pravidelně kouřit v 12,8 letech. Průměrný věk počátku pravidelného užívání tabákových výrobků celého souboru byl 12,03 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

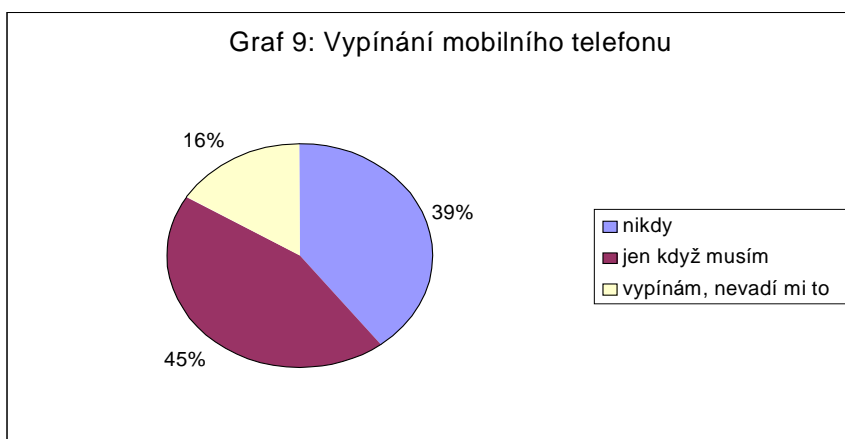
Z celého souboru vlastnilo mobilní telefon 956 respondentů, 11 respondentů uvedlo, že jej nevlastní, a 13 respondentů odpovědělo, že mobilní telefon vlastnilo, ale již jej nevlastní, viz. graf č. 8. Průměrný věk, kdy respondenti dostali svůj první mobilní telefon, byl 9,7 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č.9 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda vypínají mobilní telefon. Z celého souboru vypovědělo 386 respondentů, že jej nevypíná nikdy, ani

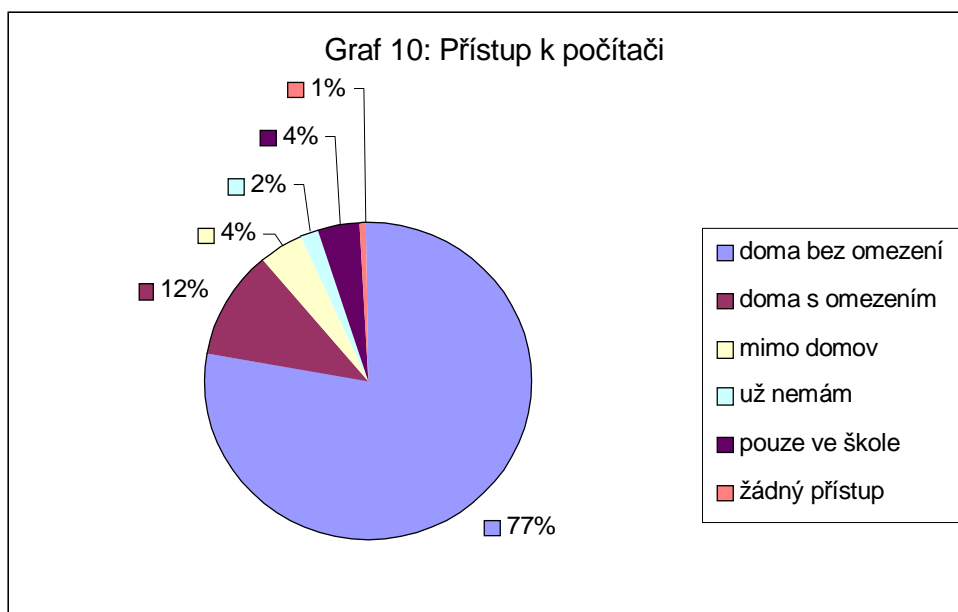
v noci, ve škole, na schůzkách atd., 433 respondentů uvedlo, že jej vypíná, ale jen když musí, a 161 respondentů uvedlo, že jej vypíná a nevádí jim to.



Zdroj: Vlastní výzkum

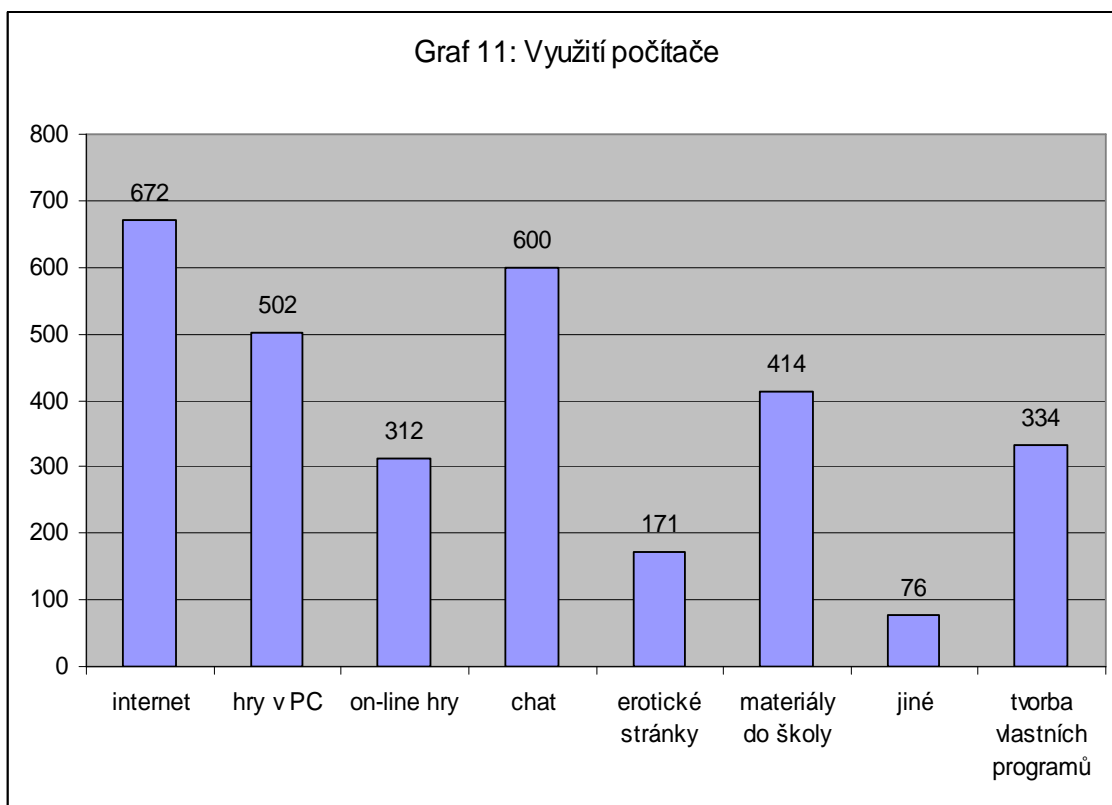
Zároveň měli respondenti označit na škále 1 až 5, kde 1 znamená „naprosto mi nevádí“ a 5 znamená „mám velmi nepříjemný pocit“, jaký mají pocit, když nemají možnost komunikovat se svým okolím prostřednictvím mobilního telefonu. Na tuto otázku odpovídali respondenti ze všech ročníků prakticky stejně. Průměrná hodnota ze všech ročníků na této škále je 2,7.

Z grafu č. 10 je vyplývá, zda a jaký mají respondenti přístup k počítači. Z výzkumu jsem zjistila, že neomezený přístup k počítači má doma 759 respondentů, přístup k počítači s omezením má doma 113 respondentů, 44 respondentů má přístup k počítači mimo domov. Dále 17 respondentů uvedlo, že přístup měli, ale už jej nemají. Přístup k počítači pouze ve škole má 42 respondentů a 5 respondentů uvedlo, že nemá žádný přístup žádný.



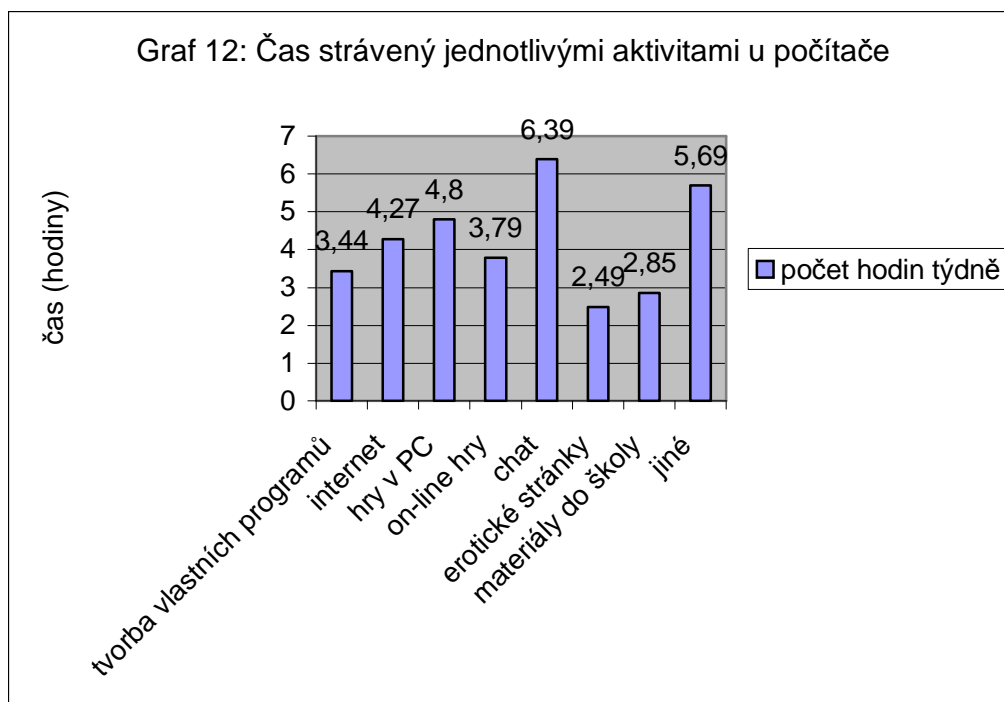
Zdroj: Vlastní výzkum

Dále jsem zjišťovala, k čemu respondenti počítač využívají. V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí, pokud počítač využívají k více účelům. Nejčastěji je využíván internet, tuto možnost zvolilo 672 respondentů, dále pak 600 respondentů odpovědělo, že využívá různé chatovací programy, 502 respondentů odpovědělo, že hraje hry instalované do PC. Pro zpracování údajů a materiálů do školy využívá počítač 414 respondentů. On-line hry hraje 313 respondentů. Erotické stránky navštěvuje 171 respondentů. Možnost jiné označilo 76 respondentů, kdy jako vlastní aktivitu uváděli především tvorbu vlastních webových stránek. Grafické vyjádření poskytuje graf č. 11.



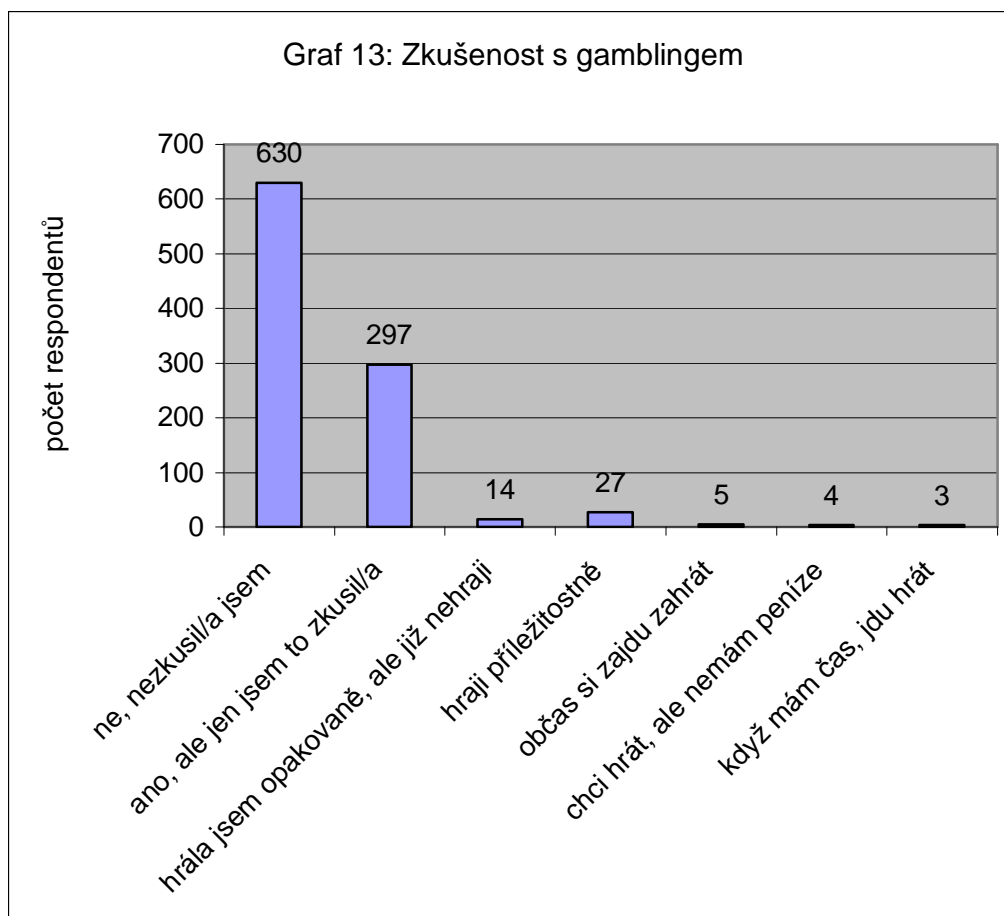
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 zaznamenává, kolik hodin tráví jednotlivými aktivitami u počítače týdně. Z výzkumu tak vyplynulo, že chatováním tráví respondenti průměrně 6,39 hodiny týdně, hraním her instalovaných v PC průměrně 4,8 hodiny za týden, hledáním informací na internetu průměrně 4,27 hodiny týdně, hraním on-line her průměrně 3,79 hodiny týdně, sestavováním vlastních programů průměrně 3,44 hodiny za týden, zpracováváním materiálů do školy v průměrně 2,85 hodiny týdně, návštěvami erotických stránek 2,49 hodin týdně a jiným aktivitami v průměru 5,69 hodin za týden.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 zaznamenává, jaké mají respondenti zkušenosti s gamblingem. Z celého souboru odpovědělo 64% respondentů, že nikdy nezkoušeli hrát na výherních automatech, 30% respondentů odpovědělo, že hru na výherních automatech pouze vyzkoušeli, 1,5% sdělilo, že dříve hráli opakovaně, ale dnes již nehrají, 3% respondentů vypovědělo, že hrají příležitostně, 0,5% respondentů sdělilo, že si občas zajdou zahrát, 0,5% respondentů sdělilo, že by chtěli hrát, ale nemají na to peníze, a 0,5% respondentů odpovědělo, že jdou hrát, kdykoliv mají čas.

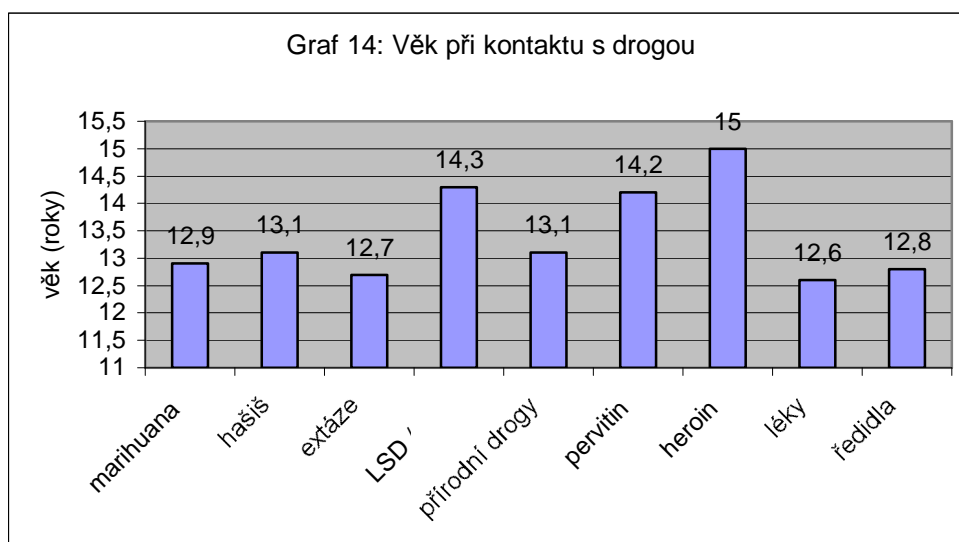


Zdroj: Vlastní výzkum

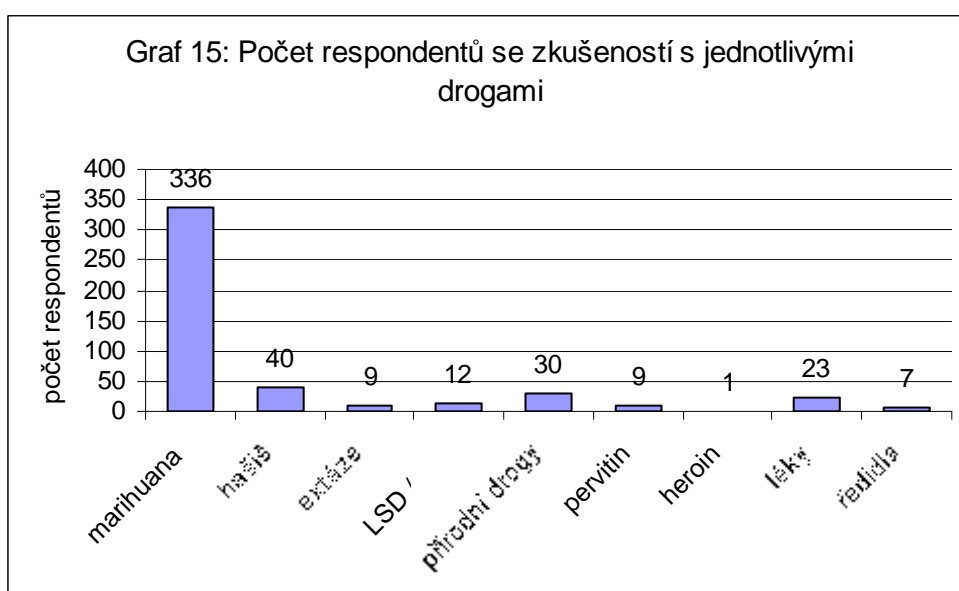
Zjistila jsem, že 635 respondentů (65% z celého souboru) nemá žádnou zkušenost s drogou a 345 respondentů (35% z celého souboru) již nějakou zakázanou látku zkusila.

Zjišťovala jsem, jaké látky a kdy respondenti užili. Ti opět měli možnost zvolit více odpovědí, pokud užili více látek. Marihuanu užilo 336 respondentů, průměrný věk při prvním užití byl 12,9 let. Hašiš užilo 40 respondentů, průměrný věk při prvním užití byl 13,1 let. Extázi užilo 9 respondentů, průměrný věk při prvním užití 12,7 let. LSD či trip užilo 12 respondentů, průměrný věk při prvním užití byl 14,3 let. Přírodní drogy užilo 30 respondentů, průměrný věk při prvním užití byl 13,1 let. Pervitin užilo 9 respondentů, průměrný věk při prvním užití byl 14,2 let. Heroin užil 1 respondent, poprvé jej užil v 15-ti letech. Léčiva užilo 23 osob, průměrný věk při prvním užití byl

12,6 let. Organická rozpouštědla užilo 7 respondentů, průměrný věk při prvním užití byl 12,8 let. Věk při prvním experimentu zaznamenává graf č. 14 a graf č. 15 zaznamenává, kolik uživatelů má zkušenost s jednotlivými látkami.

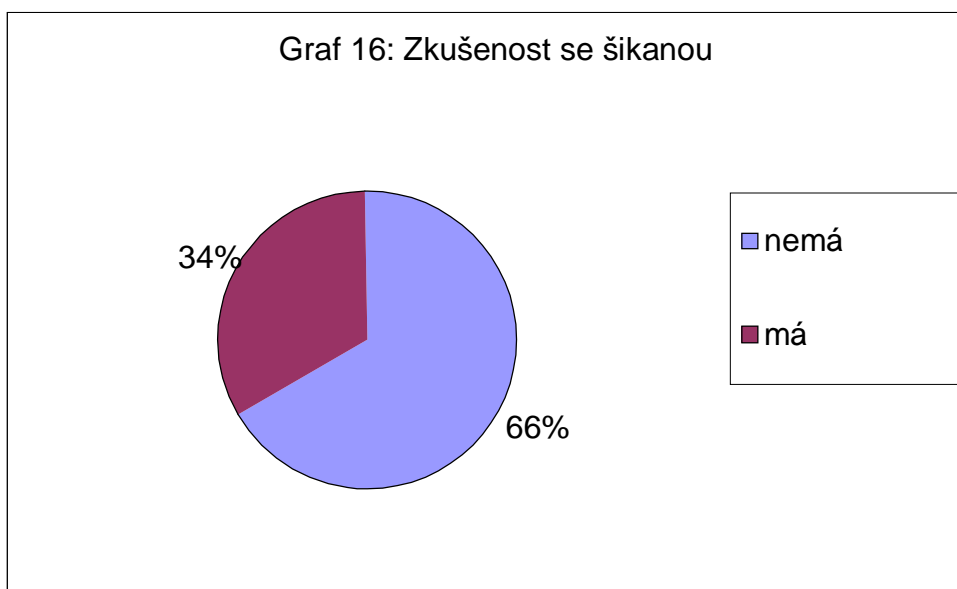


Zdroj: Vlastní výzkum



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zjišťující zkušenosti se šikanou odpovědělo 651 respondentů, že žádnou zkušenost nemá, a 329 respondentů sdělilo, že zkušenost s opakovaným ubližováním má, viz graf č. 16. Průměrný věk první zkušenosti se šikanou byl 10,3 let.



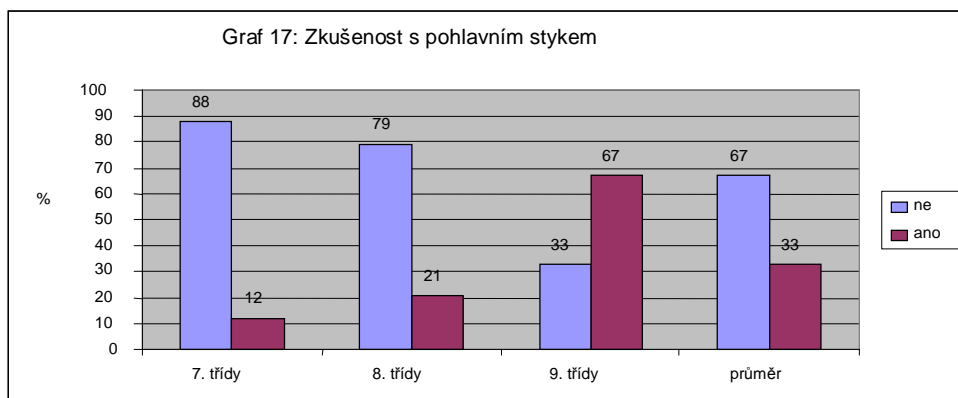
Zdroj: Vlastní výzkum

Také jsem zjišťovala, zda mají žáci zkušenosti s pohlavním stykem. V 7. třídách a sekundách vypovědělo 291 respondentů, že nemá žádnou zkušenost s pohlavním stykem, a 40 respondentů odpovědělo, že zkušenost s pohlavním stykem má. Průměrný věk první zkušenosti s pohlavním stykem v 7. třídách a sekundách byl 11,9 let.

V 8. třídách a terciích vypovědělo 257 respondentů, že nemá žádnou zkušenost s pohlavním stykem, a 68 respondentů odpovědělo, že zkušenost s pohlavním stykem má. Průměrný věk první zkušenosti s pohlavním stykem v 8. třídách a terciích byl 12,9 let.

V 9. třídách a kvartách vypovědělo 107 respondentů, že nemá žádnou zkušenost s pohlavním stykem, a 217 respondentů odpovědělo, že zkušenost s pohlavním stykem má. Průměrný věk první zkušenosti s pohlavním stykem v 9. třídách a kvartách byl 14 let.

V celém souboru pak 655 respondentů vypovědělo, že zkušenost s pohlavním stykem nemá, a 325 respondentů vypovědělo, že zkušenost již má. Průměrný věk první zkušenosti s pohlavním stykem byl v 12,9 letech. Graf č. 17 zaznamenává věk při prvním pohlavním styku.



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Záznam rozhovorů

Škola: 1.

Na počátku školního roku 2007/2008 se došlo k výměně metodičky školní prevence, novou metodičkou se stala učitelka informatiky a matematiky, která v současné době dálkově studuje anglický jazyk. Rozhovoru se účastní jak původní metodička, tak i nová. Na otázky však převážně odpovídá původní, všechny odpovědi jsou krátké úsečné, je patrná nechuť odpovídat, přestože původně s rozhovorem souhlasily. Minimální preventivní program navzdory původnímu slibu nemůžou poskytnout, není k nalezení.

Věnujete se primární prevenci sami nebo využíváte služeb specializovaných institucí?

Ne, prevenci se věnujeme výhradně sami. Dříve jsme spolupracovali s K-Centrem a pořádali besedy s lékaři, dnes však vše děláme sami.

Jaké techniky v primární prevenci využíváte?

Přednášky a besedy s odborníky a výklad v rámci výuky.

Jak sledujete účinnost Vašeho Minimálního preventivního programu?

Pouze v rámci hodnocení Minimálního preventivního programu.

Jaké techniky k hodnocení přesně používáte?

(Neopověděla)

Odkud získáváte informace o sociálně patologických jevech (obecně?)

Z literatury, kterou jsem dostala na setkání sdružení Calocagathia v Benešově (původní metodička). Jinak čerpáme z přednášek Policie ČR.

Odkud a jak získáváte informace o výskytu sociálně patologických jevů ve vaší škole?

Od dětí a od rodičů.

Můžete to nějak specifikovat?

No, počkáme až s problémem přijdou a pak ho vyřešíme.

Jak často pak takové působení odehrává?

No, to je různé, jak se říká – dle potřeby, třeba i jednou za dva týdny. A pak třeba i půl roku nic, když se nic neděje.

Tab. 2: ZŠ 1

<i>Rizikové a závislostní chování</i>	<i>Kdy podle Vás dochází k prvnímu kontaktu s jmenovaným sociálně patologickým jevem?</i>	<i>Kdy se začínáte věnovat prevenci jednotlivých sociálně patologických jevů?</i>
Alkohol	Mezi 6. a 15. rokem	Prevenici konzumace alkoholu se věnujeme od 2. a 3. třídy, v rámci prvouky a přírodopisu.
Tabákové výrobky	Stejně jako u alkoholu, mezi 6. a 15. rokem	Stejně jako u alkoholu, od 2. a 3. třídy, v rámci prvouky a přírodopisu.
Nelegální návyk. látky včetně marihuany a	Nevím, nikdy jsme se s nimi u nás ve škole	Od 6. třídy v předmětech rodinná výchova a

těkavých látek	nesetkaly.	občanská výchova. Prevenci zneužívání léčiv se věnujeme v 8. tříd, tam se probírá lidské tělo.
Šikana	Už kolem 2. třídy	Prevenci šikany se věnujeme od 2. třídy
Rizikové chování (sex)	Nevím, nemyslím si, že by u nás někdo... (Pozn.: školní metodička prevence nedokončila větu)	Se sexuální výchovou začínáme od 6. třídy v předmětech rodinná výchova a občanská výchova.
Nelátkové závislosti (chat, net, PC, telefon)	Asi v 6. třídě.	Této prevenci se nevěnujeme, zatím se s tím moc nesetkáváme.

Zdroj: Vlastní výzkum

V které oblasti z těchto jevů podle Vás hrozí největší riziko selhání primární prevence?

Asi v kouření.

Proč?

Hrozně záleží na prostředí, z kterého žáci přichází. Pokud kouří rodiče, je těžké tu něco vykládat.

Spolupracujete s ostatními orgány primární prevence?

Ano, hlavně s pedagogicko psychologickou poradnou, s K- Centrem a Policií ČR.

Možnosti pro zlepšení Vaší práce? Co by Vám pomohlo?

Osobně bych brala více praktických seminářů, třeba o šikaně. Nejen přednáška, ale aby to bylo i s praktickým nácvikem.

Škola 2.

Školní metodik je učitel s aprobačí zeměpis, tělesná výchova a občanská výchova. Prevenci se snaží věnovat tak, aby každá třída navštívila alespoň 3 přednášky ročně.

Věnujete se primární prevenci sami nebo využíváte služeb specializovaných institucí?

Využíváme především služeb specializovaných institucí, nejčastěji spolupracujeme s nemocnicí, tedy hlavně se Zdravotním ústavem, pak také s Policií ČR. Od Zdravotního ústavu pak dostáváme kontakty na další poskytovatele. Někteří poskytovatelé nás pak kontaktují sami.

Jaké techniky v primární prevenci využíváte?

Přednášky, především přednášky. Je v nich i prostor pro diskuzi, ale žáci je využívají.

Jak sledujete účinnost Vašeho Minimálního preventivního programu?

Od poskytovatelů dostáváme vždy písemné hodnocení proběhlého programu. S žáky pak o programu mluvíme, třeba v občanské výchově, takže zpětnou vazbu o nich máme. I když ne písemnou formou.

Odkud získáváte informace o sociálně patologických jevech (obecně)?

Navštěvuji poměrně dost seminářů a školení. Některé informace nám poskytne Zdravotní ústav. Odebíráme časopisy Romano Vodi a Závislosti a my. Dál nám poskytuje informace Policie ČR, ve formě Malé policejní akademie. *(Poznámka tazatele: policejní akademie již 3 roky nefunguje, navíc ukazovaná DVD byla stále zabalená v ochranné fólii, tudíž nebyly nikdy použita.)*

Odkud a jak získáváte informace o výskytu sociálně patologických jevů ve vaší škole?

Dotazníkové šetření u nás neděláme, zkusili jsme to před 2 roky a ze všech rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo 20, které byly jakž takž vyplněné.

Tab. 3: ZŠ 2

<i>Rizikové a závislostní chování</i>	<i>Kdy podle Vás dochází k prvnímu kontaktu s jmenovaným sociálně patologickým jevem?</i>	<i>Kdy se začínáte věnovat prevenci jednotlivých sociálně patologických jevů?</i>
Alkohol	V 7.třídě, doma možná dřív.	Využíváme nabídky přednášek, ty jsou až od 5. třídy.
Tabákové výrobky	V 5. třídě už to zkouší.	Prevenci kouření se začínáme věnovat ve 3. třídě.
Nelegální návyk. látky včetně marihuany a těžkých látek	V 7. třídě, teď v 8. třídě máme případ žáka, co donesl do školy marihuanu. Zneužívání léčiv u nás předcházíme, tak že každé dítě musí mít od rodičů seznam povolených léků. Sami si žádné nemají odvahu vzít, spíš se nás chodí ptát, jestli jim to neuškodí.	Od 6. třídy, kdy prochází všemi předměty. V každém následujícím ročníku se pak na to „nabalí“ další a nové věci.
Šikana	Už před 5. třídou, ty děti si víc všímají, že jeden je malý, druhý tlustý, nebo má třeba brýle.	Máme vybrané přednášky, které začínají už od 5. třídy.
Rizikové chování (sex)	V 7. třídě, měly jsme dokonce i jednu žákyni v 7. třídě těhotnou, ale ta byla v 7. třídě trošku déle.	Určitě od 6. třídy.

Nelátkové závislosti (chat, net, PC, telefon)	V 6. – 7. třídě.	Této prevenci se nevěnujeme.
---	------------------	------------------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

V které oblasti z těchto jevů podle Vás hrozí největší riziko selhání primární prevence?

Když bych to měl vzít z pohledu dětí, často berou přednášku jen jako příležitost jak se vyhnout škole, zvláště v 6. a 7. třídě, tam poslouchají asi tak 4 děti z 20. Jiné je to pak v 8. a 9. třídě, zvláště třeba na témata jako sex, AIDS a vztahy.

Ze svého pohledu pak nevidím například u kouření žádný ostych, jdou před školu a zapálí si tam.

Spolupracujete s ostatními orgány primární prevence?

Ve škole jsme 3, kdo na prevenci spolupracují: já, výchovný poradce a pak sem dochází školní psycholog.

Kde vidíte možnosti pro zlepšení Vaší práce? Co by Vám pomohlo?

Já mám někdy pocit, že víc jen papírují, je to víc úředničina, s každým papírem musím každého seznámit a nechat si vše podepsat. Ale na druhou stranu je to tak asi dobře, vždy je zde pojistka, že o tom měl dotyčný vědět, když už to podepsal.

Já bych hrozně přivítal nějaký manuál, kde by byl souhrn všech informací, třeba jak rozpoznat nějaký ten je. Sice existuje hodně literatury, ale musel bych mít na stole 30 knih, jen abych to dal dohromady. A pak by tam měl být návrh různých řešení, které by mohli učitelé použít, aby pořád nechodili s každým do ředitelny.

Škola 3.

Metodička se prevenci věnuje již 15 let, je to učitelka s aprobační český jazyk a občanská výchova, ale učí i rodinnou výchovu.

Věnujete se primární prevenci sami nebo využíváte služeb specializovaných institucí?

Věnujeme se jí jak sami, tak využíváme služeb specialistů. Dříve jsme spolupracovali se Zdravotním ústavem, Krizovým centrem pro rodinu, spolupracujeme s občanským sdružením Prevent, se 2 fakultami Jihočeské univerzity: pedagogickou a zdravotně

sociální. S nimi jsme měli moc zajímavý program na téma Obchod s lidmi, nebo další na téma „Sekty“. A taky spolupracujeme s Policií ČR. S těmi jsme měli moc dobrý preventivní program na téma „Osobní Bezpečnost“, myslím, že způsob práce, kdy se třída rozdělila na holky a na kluky, byl přínosný, obě skupiny se pak daleko lépe zapojily.

Jaké techniky v primární prevenci využíváte?

Snažíme se pracovat nejen s dětmi, ale i s rodiče: v 6. třídě jim rozdáváme materiály o drogách, kouření. Chystali jsme pro mě i přednášky a diskuze s odborníky, ale když nám na ně přišlo 7 rodičů z celého 2.stupně, bylo nám jasné, že to nepůjde. Už jenom z finančních důvodů. Oni rodiče moc zájem neprojevují, nejen o nějaké sociálně patologické jevy, u těch stejně rodiče řeknou, že jejich potomek je přece moc malý na něco takového, ale i pokud jde o prospěch. Zkoušeli jsme pro rodiče zavést pravidelné konzultační hodiny v průběhu celého roku, od všech učitelů, a to až do půl páté odpoledne, tak aby to stíhali i z práce. A za prvního půl roku přišla jedna maminka. Takže jsme je zrušily taky. Ale každé dítě má ve své žákovské kontakt a konzultační hodiny jak na mě, tak na výchovného poradce, takže rodičům zůstává pořád cesta otevřená.

Pro děti pořádáme nejrůznější aktivity, jiné pro první stupeň a jiné pro druhý. Pro ty malé z prvního stupně jsou to jak besedy, tak hry a soutěže, ty si často v rámci praxe připravují studentky Pedagogické fakulty. Minule i hráli pohádku. Pro ty starší chystáme přednášky, besedy se hrami.

Zvlášť se připravují i učitelé, například vloni o prázdninách se celé vedení a 20 učitelů účastnilo semináře o efektivní komunikaci.

Jak sledujete účinnost Vašeho Minimálního preventivního programu?

Pro nás je docela dobrým ukazatelem, když má najednou výrazně horší známky, nebo najednou začne mít kázeňské problémy. V 3. – 5. třídě děláme monitoring šikany pomocí dotazníků. Teď chystáme monitoring kouření trochu netradiční metodou. Nachystáme barevné proužky papíru, kde každá barva zaznamenává určitý typ zkušenosti s kouřením, např. nikdy jsem to nezkusil, zkusil jsem to, ale nekouřím, kouřil jsem, ale přestal jsem, kouřím. Každý žák si pak vybere papírek, který odpovídá

jeho zkušenosti, a připojí ho do řetězu. V rámci matematiky pak žáci spočítají, kolik jich je v které skupině, v informatice zase udělají grafy. Bude to propojeno s více předměty.

Odkud získáváte informace o sociálně patologických jevech (obecně?)

Dříve se pořádaly skvělé seminářem, vedené odborníky Sananimu, bývaly i třídní, to už dnes není. Jinak zdrojů s konkrétními daty je málo. Člověk sám vystřihává články z denního tisku, máme předplaceny 2 odborné časopisy: Prevence a Závislosti a my. Žákům a rodičům rozdáváme brožury, co dostáváme od VZP. Máme také dobrou DVD, které bychom rádi pouštěli i ve výuce, jenže na celé škole jsou pouze 2 DVD přehrávače. Takže si DVD prakticky nemáme, kde pustit.

Odkud a jak získáváte informace o výskytu sociálně patologických jevů ve vaší škole?

Často Vám to děti sami řeknou nebo naznačí, je to často při výletech a exkurzích. Občas je to náhoda a bystrost učitelek, které si všimnou. Dost nám také pomáhá Rada dětí, kde se občas tyto věci řeší. Rada se schází jednou za měsíc a jsou v ní vždy 2 zástupci z každé třídy. Máme i schránku důvěry, kde se děti mohou svěřit, jak se svým problémem nebo s problémem někoho ze svého okolí.

Tab. 4: ZŠ 3

<i>Rizikové a závislostní chování</i>	<i>Kdy podle Vás dochází k prvnímu kontaktu s jmenovaným sociálně patologickým jevem?</i>	<i>Kdy se začínáte věnovat prevenci jednotlivých sociálně patologických jevů?</i>
Alkohol	Ve 4. – 5. třídě, často dostanou napít od rodičů, ale je to ochutnání, které zatím nevede k opilosti.	Od 2. třídy probíhá soubor preventivního dění, zaměřeného na ochranu zdraví, kam tato prevence také zasahuje.
Tabákové výrobky	Kolem 10 let zkouší děti první cigaretu, ale	Od 2. třídy, prevence kouření probíhá také v rámci ochrany zdraví.

Nelegální návyk. látky včetně marihuany a těkavých látek	Takoví ti extrémní případi to zkouší už v 6. – 7. třídě. Ale průměrně až v té 8. třídě.	V 6.třídě všem žákům a rodičům rozdáváme informační materiály. A pak na to navazuje dlouhodobá prevence. Také na zneužívání léčiv jsme poměrně dobře připraveni, pokud dítě smí užívat nějaké léky, třeba proti bolesti, musí to rodič potvrdit písemně. A sami nikdy žákům žádné léky neposkytujeme, pokud jim není dobře posíláme je domů
Šikana	Už na 1. stupni, kolem 4. třídy.	Hned na začátku, na 1. stupni, od 1. třídy.
Rizikové chování (sex)	Vím, že některé slečny začínají už v 8. třídě. Ale mám pocit, že se snaží být zodpovědné. Většinou.	Ty první dotazy už padají i ve 4.třídě. A na ty je potřeba reagovat. Děti vidí leccos. A pak dál v 6.-8. třídě během rodinné výchovy a občanské výchovy.
Nelátkové závislosti (chat, net, PC, telefon)	Některé děti v 10 letech už na 1. stupni hrají PC hry víc než je zdrávo, ale nemůžou si ještě uvědomit, že z toho může vzniknout problém. Ono záleží na	Pokud víme, že někdo na 1.stupni má s tímto chováním problém, snažíme se mu nabídnout jiné alternativy využití volného času. Se specifickou

	rodičích, co dítěti povolí, ale také nakolik odolají tlaku okolí.	prevencí pak začneme v 6.třídě.
--	---	---------------------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

V které oblasti z těchto jevů podle Vás hrozí největší riziko selhání primární prevence?

Co jsem sem na školu přišla, mnohé se zlepšilo. Nejvíc je rozšířené kouření, je to vliv „partiček“. Z nelegálních látek je to hlavně marihuana a extáze. Na ty tvrdé drogy nemají ještě prostředky. A naštěstí ani odvalu.

A proč?

Občas mám pocit, že to dělají na truc, rodiče se jim nevěnují. Měli jsme tu agresora, co šikanoval ostatní, později se ukázal, že rodiče se věnují jen nemocnému sourozenci a on tak chtěl vylákat pozornost. Víte, my můžeme chodit třeba po rukou, ale když to budou chtít zkusit, tak to zkusí. Můžeme jim nabídnout dostatek informací a pomocnou rukou.

Spolupracujete s ostatními orgány primární prevence?

Ano, jak s neziskovkami, tak státními organizacemi. Nejvíc spolupracujeme s pedagogicko psychologickou poradnou, Policií ČR, Preventem i jinými školami.

Možnosti pro zlepšení Vaší práce? Co by Vám pomohlo?

Já bych uvítala nějaké sebezkušenostní semináře. Poslední dobou mám navíc pocit, že víc papírují než se věnují prevenci. Na každý program musím vypracovat hodnocení a to mi zabírá spoustu volného času.

Gymnázium

Školní metodik prevence je učitelka s aprobační dějepis a český jazyk. K dispozici neměla Minimální preventivní program, ale poskytla mi jeho hrubou osnovu a jako názorný příklad rozpis akcí na pololetí.

Věnujete se primární prevenci sami nebo využíváte služeb specializovaných institucí?

Ano, využíváme služeb specialistů, dříve jsme úzce spolupracovali s místním Zdravotním ústavem, jenže ten byl zrušen. Naštěstí nám zůstali kontakty na jejich bývalé pracovníky, kteří k nám dodnes docházejí.

Jaké techniky v primární prevenci využíváte?

Především se snažíme pracovat s malým kolektivem. Jsou to přednášky pro jednotlivé třídy, besedy, do kterých jsou zakomponovány hry nebo přímo praktický nácvik. Protože programy u externích spolupracovníků jsou finančně náročné, studenti na ně částečně přispívají. Učí se tím, že nic není zadarmo, daleko více si pak takových aktivit váží. Více se pak zapojuje.

Víte, já osobně si myslím, že pokud nabídneme studentům smysluplné trávení volného času, nebudou mít nutkání sáhnout po návykové látce nebo jinak experimentovat.

Jak sledujete účinnost Vašeho Minimálního preventivního programu?

V návaznosti na každý program vyplňují studenti dotazník, dostáváme i vypracované zhodnocení přímo od člověka, který s dětmi pracoval. Dobrou známkou pro nás je, že si sami studenti přijdou říct, že pořad na kouření byl dobrý, jestli by se nemohli zúčastnit i pořadu o marihuaně.

Odkud získáváte informace o sociálně patologických jevech?

Já osobně jezdím často na různá školení, odebírám odborný časopis. Osobně je pro mě důležité vidět, jak to dělají jinde, takže získávám informace z našich partnerských škol v zahraničí, kde často jsou problémy s drogami mnohem větší.

Odkud a jak získáváte informace o výskytu sociálně patologických jevů ve vaší škole?

Klasické dotazníkové šetření u nás neděláme. Ale protože jsou u nás studenti dlouho (4, 6, 8 let), máme příležitost s nimi navázat bližší vztahy. Takže se nám stane, že sami studenti přijdou, že oni sami, někdo ze třídy nebo „kamarádka“ mají problém, a ptají se, co by měli dělat. Dále máme na chodbě schránku, kam studenti mohou vhazovat dotazy i podněty, podobně funguje i nástěnka, která je méně anonymní, protože otázka i odpověď visí všem na očích. Mnohé také sdělí sami na besedách. A něco poznáme třeba ze slohových prací. Víte, my na začátku, kdy na školu přichází noví studenti, pro ně pořádáme týdenní úvodní pobyty, kde s nimi už pracujeme, takže už pak tušíme, koho máme před sebou.

Tab. 4: Gymnázium

<i>Rizikové a závislostní chování</i>	<i>Kdy podle Vás dochází k prvnímu kontaktu s jmenovaným sociálně patologickým jevem?</i>	<i>Kdy se začínáte věnovat prevenci jednotlivých sociálně patologických jevů?</i>
Alkohol	Kolem 10 let.	Už jakmile k nám přijdou, už od primy.
Tabákové výrobky	Podobně jako u alkoholu, kolem 10 let, nejmasivněji u nás kouří sekundáni, pak už se skupinky kuřáků většinou zmenšují.	Podobně jako u alkoholu, v primě. Je to součást mnoha předmětů.
Nelegální návyk. látky včetně marihuany a těkavých látek	Tercie, ale záleží to od postoje rodičů, jak je pouští na diskotéky, tam to nejvíc zkouší.	V tercii. Několikrát během školního roku dochází na program.
Šikana	Už od 1. třídy	Už během vstupního pobytu, prakticky se však se šikanou ve škole nesetkáváme.
Rizikové chování (sex)	13 let, zásadní je vliv rodičů. Ale pak tu máme studentky, které na sex nemají ani pomyslení. A těch je hodně.	V tercii v rámci biologie.
Nelátkové závislosti (chat, net, PC, telefon)	U kluků už v tercii, v kvartě, děvčata to zas tak moc nebaví. Ačkoliv drtivá většina studentů má mobily, nijak zvlášť si	Už od primy, v rámci předmětu „Digitální technologie“, mají i hodinu zaměřenou na úskalí spojená s užíváním IT,

	nepíše a ani ve vyučování je nepoužívají.	myslím tím možné riziko závislosti.
--	---	-------------------------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

V které oblasti z těchto jevů podle Vás hrozí největší riziko selhání primární prevence?

Alkohol, tabákové výrobky, maximálně marihuana a extáze. Neříkám, že se neobjeví někdo, kdo jede v tvrdých drogách, ale ten naši školu stejně opouští, víte, naše škola patří mezi nejtěžší a nejnáročnější na přípravu, takový student to pak nezvládá a odchází.

Proč primární prevence podle Vás selže?

Víte, jsou dvě možnosti. Jedni to zkouší, protože to dělají kamarádi, nebo se snaží zapadnout do party. Druzí tím řeší stres.

Spolupracujete s ostatními orgány primární prevence?

V rámci školy spolupracuji s výchovným poradcem a vlastně každým učitelem. Dříve jsme spolupracovali se Zdravotním ústavem. A nyní hodně s Ministerstvem školství, které nám nabízí programy, často spojené s promítáním filmu, návštěvou odborníka. Ty nám zase poskytnou i informace z legislativy, na ty se studenti poměrně často ptají.

Kde vidíte, možnosti pro zlepšení Vaší práce? Co by Vám pomohlo?

Asi jako každý kdo se tomu věnuje, potřebovala bych více času. Ale asi nejlepším řešením by bylo, kdyby škola mohla zaměstnávat někoho, kdo by v tom odborně připraven, psychologa, nebo třeba absolventa Vašeho oboru.

Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně

Jaká je Vaše úloha v systému prevence?

Má práce spočívá hlavně v koordinaci školních metodiků, minimálně třikrát v roce se s nimi scházím v rámci pracovních setkání, které nabízí prostor výměnu zkušeností. Protože mám těch metodiků hodně, rozdělila jsem je do několika menších skupin, tak aby ten prostor byl co největší a i atmosféra byla méně formální. Díky neformální komunikaci naštěstí ani mé metodické návštěvy nevnímají jako nějaké kontroly, ale

možnost, jak jim můžu v praxi pomoci. Dále můžu pomoci při řešení aktuálních problémů s výskytem sociálně patologických jevů.

Mají školy povinnost s Vámi spolupracovat?

V současné době ne. O některých mohu bez nadsázky tvrdit, že o některých školách tvrdit, že jediné, co vím, je, kde vlastně stojí.

Takže pokud víte, že nějaká škola se prevencí vůbec nevěnuje, poskytuje Vám Váš současný status nějaké nástroje, jak tento postoj změnit?

Přesně tak, školní inspekce může nanejvýš zkontrolovat, zda nějaký Minimální preventivní program pro danou školu existuje, jeho kvalitu či plnění však už řešit nemůže. Ale to by se mělo změnit od nového školního roku, kdy bude nejen nový systém tvorby Minimálního preventivního programu, ale hlavně nám budou muset poskytnout své výsledky z monitoringu. Zatím však nejsem jejich nadřízený.

Pokud se do funkce školního metodika dostane někdo, kdo se sociálně patologickými jevy a jejich prevencí nemá žádné zkušenosti, můžete mu nějak pomoci?

Ano, můžu mu poskytnout celou škálu informací o vhodné formě prevence i jejím obsahu. Zájem začínajících metodiků naštěstí zatím roste. Zároveň nám zde běží dlouhodobý vzdělávací program právě pro školní metodiky s hodinovou dotací 250 hodin, jehož absolvování je pro školní metodiky podmínkou pro vyplácení příspěvku od školy. Příspěvek může v současné době dosáhnout výše 2000,- Kč. Mnoho začínajících metodiků má obavu z tvorby Minimálního preventivního programu, takže jim můžu i prakticky pomoci s ním.

Kde podle Vás leží největší rezervy v preventivním dění?

Já ty rezervy vidím v malém a neodborném snažení o celkový rozvoj, pořád se klade více důraz na znalosti než na jiné lidské kvality. A pak v postoji učitelů, kteří si např. roli třídního představují víc jako funkci, která jim dá moc vést třídu jako bezhlavé stádo, než jako roli důvěrníka. Teď jsem četla knížku od Rogerse, ten se tou problematikou také zabývá. Ten říká, že učitelé se snaží stát na svém piedestálu a proto nemohou svým žákům dobře naslouchat.

Spolupracujete nějak s pedagogickou fakultou, tak aby se tento postoj mohl změnit?

Ne, zatím se žádná spolupráce nepodařila navázat. Pedagogická fakulta zatím tvoří dost uzavřený celek.

Má podle Vás vliv, jakou aprobaci má školní metodik?

Nedá se to říct globálně, přesto bývá lepším metodikem vyučující předmětů jako je občanská výchova, společenské vědy, rodinná výchova. Ti mají ve svých předmětech přece jenom více času a příležitostí než vyučující matematiky nebo fyziky. Navíc podobně jako učitelé výtvarné výchovy jsou často více vnímavější a empatičtí. Mají tak nějak víc terapeutický přístup.

Od kdy doporučujete školním metodikům začít s prevencí

- alkoholu?

Na 1. stupni již od 3.třídy a na tuto prevenci by měla navazovat prevence na 2.stupni hned od 6.třídy.

- zneužívání tabákových výrobků?

Ve formě komponovaných pořadů doporučuji začít již v 2.třídě. Velmi dobrá práce peerů, kteří přichystali loutkohru s negativním příkladem, které sami děti přetvořily v pozitivní.

- zneužívání drog?

U marihuany a těkavých látek, které jsou dětem dostupné, od starších nebo třeba z tátovy garáže, je dobré začít už v 5. třídě. Na tuto prevenci by se pak měla navázat prevence dalších nelegálních látek, hned v 6. třídě.

- šikany?

Prevence šikany je složitá, je těžké vysvětlit těm nejmenší, co to šikana je. Na 1. stupni je hlavně důležitý přístup učitelky, která by svou třídu měla vést tak, aby v ní k žádným takovým projevům nedocházelo. A pokud se už projeví, měla by s agresorem vést výchovný pohovor a vůbec s ním pracovat tak, aby nedocházelo k opakování. Protože se vstupem na 2.stupeň se třídní kolektiv často mění, je vhodné začít s prevencí hned na počátku 6.třídy. Vhodné jsou programy zážitkové pedagogiky, které se pořádají nejen pro střední školy, ale i pro školy základní. Takové programy pak pomůžou nastavit kvalitní a pozitivní vztahy ve třídě.

- xenofobního jednání?

Je to podobné jako se šikanou, těžko jim vysvětlovat, co to je xenofobie, ale pokud je dítě z minority součástí třídy už od počátku, od 1. třídy, může učitelka svým vhodným přístupem zapojit dítě do kolektivu. Děti si na sebe rychle zvyknou.

- u nelátkových závislostí?

Třeba mobily, mají je téměř všichni. Ale možnost závislosti nebo nějakého patologického návyku si nemůžou uvědomit. Zdravotní dopady žádné závažné nejsou, finanční je netrápí, účet platí většinou rodiče. Poprvé se potíže ukážou teprve ve chvíli, kdy nemají signál. Jenže jak jim chcete dělat cílenou prevenci? Když jim někdo bude vykládat o něčem tak abstraktním jako je závislost, nebudou tomu věřit. Ale spíš je důležité rozvíjet mezilidské vztahy.

Krajský školský koordinátor prevence

Jaká je Vaše role v systému primární prevence?

Já jsem prostředníkem mezi státem a krajem – mým stěžejným úkolem je přenášet „ministerské informace“ na nižší úroveň a v konečné fázi do škol. Na druhou stranu ale také přenášet informace od školních metodiků prevence přes okresní metodiky na PPP na ministerstvo. Jako krajská koordinátorka prevence sociálně patologických jevů zajišťuji naplňování úkolů a záměrů obsažených ve strategických dokumentech jak MŠMT tak i našeho kraje. Úzce spolupracuji především s okresními metodiky prevence na PPP (v Jihočeském kraji je jich celkem 8), školními metodiky prevence (cca. 320) ale také s nestátními neziskovými organizacemi působící na poli prevence apod.

Zároveň administruji dotační Program I. MŠMT - Preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními. V tomto roce jsme rozdělovali 960 tis. na 56 projektů, převážně zaměřených na vzdělávání a prohlubování sociálních dovedností pedagogů/metodiků prevence v PPP, adaptační pobyty žáků/studentů a dále na realizaci preventivních aktivit z Minimálně preventivních programů (např. jednorázové besedy, nebo dlouhodobé preventivní programy externích poskytovatelů).

Z našeho vlastního krajského rozpočtu podporujeme realizaci specifických primárně preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních a to v rámci grantového programu Akčního plánu programu rozvoje Jihočeského kraje (Podpora a rozvoj

protidrogové politiky v Jihočeském kraji). Podporovány jsou z větší části projekty externích poskytovatelů preventivních programů ve školách, okrajově projekty samotných škol či školských zařízení. V tomto roce byl rozdělen 1 046 980 mil Kč. na protidrogovou primární prevenci a 1 mil. na prevenci ostatních soc. pat. jevů. Na nspecifickou primární prevenci (např. Volnočasové aktivity) tu jsou jiné zdroje, granty, fondy atd.

Doporučujete školám, aby se věnovaly primární prevenci samy nebo aby využívaly služeb specializovaných institucí?

Já osobně si myslím, že by v první řadě měli dělat prevenci sami učitelé, je to přece součást jejich povolání, nejen vzdělávat, ale i vychovávat. Bohužel, většina učitelů dosud nepochopila, že je nyní potřeba, aby ustoupila vzdělávací složka jejich práce a nastoupila ta vychovávací. Protože žáci se mění, často jim chybí respekt k autoritě učitele a s tím se pedagogové zatím neumí vyrovnat. Učitelé by tedy měli nejen předávat dostatek informací, ale i vytvořit dostatečně kvalitní sociální klima. A teprve pak by měly nastoupit služby specializovaných, certifikovaných institucí, které by tyto předané informace shrnuly, třeba i formou nácviku, her, aktivizujících programů. Další uplatněním těchto služeb by byla práce s kolektivem, ve kterém se již problém ukázal. Ale to se bavíme o dlouhodobé spolupráci, která zahrnuje i práci s učitelem. Rozhodně k tomu nelze přistupovat tak, že předáte „rozbitý“ kolektiv a za 2 hodiny převzmete „nový, opravený“. Zároveň je nutné přemýšlet nad tím, jakou instituci nebo organizaci pozvat, protože ne všechny jsou vhodné pro primární prevenci na základních školách

Neměla by se nová generace budoucích učitelů učit o primární prevenci již během studií na pedagogické fakultě?

Hlavně by se měli naučit „jak učit“. Měli by je vyučovat lidé, co opravdu mají učitelskou praxi, ne jen teoretici. Samozřejmě by bylo dobré, kdyby primární prevence byla součástí terciárního vzdělávání v rámci pedagogických fakult, ale na druhou stranu musím říci, že většina mladých pedagogů si v rámci prevence vede velmi dobře, mají i dobré vztahy k žáků, spíš neformální, jenže se často musí podřídit vedení, které na neformální přístup není zvyklé.

Studenti pedagogiky by se měli naučit, že dobrá prevence nespočívá jen v objednání dobrého programu, ale musí začít již na prvním stupni, kdy pedagog tráví s dětmi celé dny, má na ně obrovský vliv a má tedy dobré předpoklady vytvořit jim dobré sociální klima, ve kterém nebude docházet k projevům agrese nebo spíš k „mocenským hrátkám“. To on by jim měl vysvětlit, že jsme každý jiný, protože děti v tomto věku jsou velmi citlivé na vnímání fyzických rozdílů jako je výška, váha nebo barva pleti, to on by je měl naučit toleranci.

Zároveň by se měli naučit, že prevence se netýká jen dětí, ale i rodičů a učitelů. Je velmi vhodné začít s nespécifickou primární prevencí, např. setkání rodičů, dětí i učitelů při táboráku může být přínosné pro vytvoření kvalitních vztahů.

Jak hodnotíte vývoj primární prevence např. v posledních 10 letech?

Naštěstí už jsme začali pracovat v kontextu, že společnost bez drog neexistuje a existovat ani nemůže. Je patrný ústup od utopistické myšlenky, že dobrá prevence povede k tomu, že žádné dítě nikdy nebude chtít drogu ochutnat. V současné době pracujeme s tím, aby děti věděly, že droga jim může mnohé dát, ale zároveň si mnohé vezme. Ano, jsou tu velmi lákavé zážitky, ale ty poté slábnou, ale jsou tu také zdravotní rizika, která neustále rostou, nejsou to jen žloutenky a AIDS, ale i úrazy spojené s užíváním. Musí si uvědomit, že volba bude na nich, že my jim můžeme poskytnout cestu, jak odmítnout, to s nimi můžeme natrénovat, ale jestli se pro tuto cestu rozhodnou, nebo jestli ochutnají, to bude jen na nich, bude to jejich rozhodnutí, které by měli učinit se znalostmi všech kladů i záporů, všech rizik. Ten trend spočívá v předání informace, kde hledat odbornou pomoc, aby děti věděly, za kým mají jít, kdo jim může pomoci v případě, že opravdu drogu vyzkouší.

Kdy doporučujete začít s prevencí užívání alkoholu?

Víte, s prevencí každého sociálně patologického jevu je třeba začít v první řadě v rodině, ale když zde mluvíme o škole, tak jednoznačně už na prvním stupni. Ať už se budeme bavit o alkoholu, tabákových výrobcích, gamblingu nebo šikaně, je nutné si uvědomit, že jejich prevence začíná už od prvního vstupu do školy, v nespécifické formě, spočívá v budování dobrého sociálního klimatu, v posilování pozitivních mezilidských vazeb, v nabídce volnočasových aktivit. Záleží na třídní učitelce, jak se svému kolektivu

věnuje, co jim předá za hodnoty. Na nespécifickou primární prevenci musí navazovat specifická prevence jednotlivých sociálně patologických jevů.

Kdy doporučujete začít s prevencí užívání alkoholu?

Víte, s prevencí každého sociálně patologického jevu je třeba začít na prvním stupni. Ať už se budeme bavit o alkoholu, tabákových výrobcích, gamblingu nebo šikaně, je nutné si uvědomit, že jejich prevence začíná už od prvního vstupu do školy, v nespécifické formě, spočívá v budování dobrého sociálního klimatu, v posilování pozitivních mezilidských vazeb, v nabídce volnočasových aktivit. Záleží na třídní učitelce, jak se svému kolektivu věnuje, co jim předá za hodnoty. A ačkoliv si to mnozí neuvědomují, tak opravdu pedagogové, zvláště v 1. a 2. třídě, mají na děti velký vliv, co řeknou, to je pro děti svaté. A na tuto nespécifickou primární prevenci musí navazovat od 6. třídy specifická prevence jednotlivých sociálně patologických jevů. V trošku odlišném postavení je prevence užívání alkoholu a tabákových výrobků, to jsou látky, se kterými se děti setkávají velmi brzo a to i v rodině. Proto už od 3. třídy může začít i specifická prevence takového jednání, formou her, pohádek, vyprávění.

Kde spatřujete největší rizika selhání primární prevence?

Těch může být celá řada: osobnostní složky, vliv rodiny, vliv vrstevníků, biologické a genetické dispozice, problémy ve škole nebo v rodině, snaha vyrovnat se vrstevníkům, snaha zapadnout do party, puberta jako období, kdy odporují všemu a všem ze zásady, touha po hezkém těle, nuda... Prevence opravdu nemůže zabránit všem, právě pro širokou škálu motivů a spouštěčů, ale musí všem předat informace tak, aby se mohli informovaně rozhodnout a hlavně aby věděli, za kým mohou jít ve chvíli, kdy ten problém budou mít.

Má vliv na kvalitu preventivního působení skutečnost, jakou má učitel aprobaci?

To bych si netroufla tvrdit. Daleko zásadnějším faktorem je zájem o dítě, tzn. nejen si odučit svoje nutné a pak jít do kabinetu, ale ochota věnovat se dětem víc. Pak může i fyzikář, který povede kroužek fyziky pro 10 dětí, mít úspěch, protože těch 10 dětí už má nějakou volnočasovou aktivitu, cítí zájem, je nad nimi nějaká sociální kontrola, třeba

pro případ, že se dítě na kroužek nedostaví. Takovou nespécifickou prevencí pak může být i fotbal, filmový klub nebo kroužek čtenářů.

Co by podle Vás usnadnilo práci školním metodikům prevence?

Školní metodici jsou v dost nešťastném postavení, mají učit své předměty a navíc dostanou za úkol „dělat prevenci“. Jejich odměna za to je malá nebo žádná, nemůžou vidět, jak je jejich práce úspěšná, protože tím, že dítě jednou školu opustí, nikdo pak neví, jaký život vede, jestli bere nebo nebere. To teprve teď začal zkoušet Miovský.

Na druhou stranu jsou tu absolventi oborů jako prevence a rehabilitace sociální patologie, sociální pedagogika, kteří nemají praktické uplatnění. Přitom by bylo nejlepší, kdyby v každé škole byl takový preventista, klidně na plný úvazek, který by neměl vyučovací povinnost, věnoval by se jen prevenci, monitoringu, sháněl by peníze přes granty. Mohl by třeba fungovat i ve družině nebo ve školním klubu, kde by měl příležitost navázat s dětmi přátelštější vztahy.

4.3. Přehled výsledků

Tab. 5: Užívání alkoholu

Vlastní výzkum		první kontakt s alkoholem	9,9 let
ZŠ 1	školní metodik prevence	první kontakt s alkoholem	6 - 15 let
		počátek prevence	7-9 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	nedodán
ZŠ 2	školní metodik prevence	první kontakt s alkoholem	13
		počátek prevence	11
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí
ZŠ 3	školní metodik prevence	první kontakt s alkoholem	9 - 11 let
		počátek prevence	7 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	10 let
Gy	školní metodik prevence	první kontakt s alkoholem	10 let
		počátek prevence	prima / 11-12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumem jsem zjistila, že děti poprvé ochutnávají alkohol v 9,9 letech,

Školní metodička prevence ze ZŠ 1 tento věk přesně neuvodila, stejně tak i školní metodik ze ZŠ 2, který uvedl jako věk průměrného prvního kontaktu s alkoholem 13 let. Naopak školní metodička prevence ze ZŠ 3 a školní metodička prevence z gymnázia tento údaj věděli.

Školní metodička prevence ze ZŠ 1 mi nepředala Minimální preventivní program, proto nelze zhodnotit, zda tento program zohledňuje statistická data, ale v rozhovoru sdělila, že s prevencí užívání alkoholu začínají v 2. - 3. třídě, což lze označit za včasný počátek preventivního dění.

Školní metodik prevence ze ZŠ 2 v jím sestaveném Minimálním preventivním programu neuvádí, v kterém ročníku začínají s prevencí užívání alkoholu. V rozhovoru sdělil, že s prevencí tohoto sociálně patologického jevu začínají v 5. třídě.

Školní metodička ze ZŠ 3 sdělila, že s prevencí začínají již v 2. třídě, v Minimálním preventivním programu je pak uvedeno, že s prevencí užívání alkoholu začínají v 4. třídě.

Školní metodička z gymnázia správně uvedla věk, kdy dochází k prvnímu experimentu s alkoholem. Protože však na gymnázium přichází děti nejdříve v 12- ti letech, nemůžou svým preventivním působením zasáhnout ještě před prvním experimentem, prevenci se však věnují hned od primy. Minimální preventivní program však neuvádí konkrétní údaj, kdy se prevenci užívání alkoholu věnují.

Tab. 6: Užívání tabákových výrobků

Vlastní výzkum		první kontakt s tabákem	10,3 let
ZŠ 1	školní metodik prevence	první kontakt s tabákem	6 - 15 let
		počátek prevence	7 - 9 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	nedodán
ZŠ 2	školní metodik prevence	první kontakt s tabákem	11 -12 let
		počátek prevence	8 - 9 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí
ZŠ 3	školní metodik prevence	první kontakt s tabákem	10 let
		počátek prevence	7 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	10 let

Gy	školní metodik prevence	první kontakt s tabákem	10 let
		počátek prevence	prima / 11-12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

Zdroj: Vlastní výzkum

Díky vlastnímu výzkumu jsem zjistila, že první experiment s cigaretou přichází průměrně v 10,3 letech dítěte.

Školní metodička prevence ze ZŠ 1 v rozhovoru uvedla, že k prvnímu kontaktu žáků s tabákovými výrobky dochází mezi 6 až 15 lety. Tato škála je velmi široká a není přesvědčivá, nesvědčí o znalosti statistických údajů. V rozhovoru dále sdělila, že s prevencí užívání tabákových výrobků začínají v 2. – 3. třídě. Protože mi však, navzdory původnímu příslibu, neposkytla Minimální preventivní program, nebylo možné tyto údaje zjistit ani ověřit v něm.

Školní metodik prevence ze ZŠ 2 sdělil, že k prvnímu kontaktu s tabákovými výrobky dochází v 11 až 12 letech, statistická data tedy nezná. V minimálním preventivním programu také neuvádí žádný konkrétní ročník, ve kterém se věnují prevenci užíváním tabákových výrobků věnují. Na otázku, kdy se začínají věnovat takové prevenci, odpověděl, že ve 3. třídě.

Školní metodička prevence ze ZŠ 3 dobře znala statistická data, věděla nejen věk, kdy dochází k prvnímu experimentu, ale i věk, kdy se kouření tabákových výrobků stává pravidelným. Během rozhovoru sdělila, že prevence kouření tabákových výrobků probíhá zároveň s prevencí užívání alkoholu ve 3. třídě. V Minimálním preventivním programu je uvedeno, že prevence kouření tabákových výrobků začíná ve 4. třídě.

Školní metodička prevence z gymnázia také znala statistická data, ale situace je podobná jako u užívání alkoholu. Studenti přichází na gymnázium v pozdějším věku. Prevenci se věnují od primy, minimální preventivní program však žádný konkrétní údaj neuvádí.

Tab. 7: Nelátkové závislosti

ZŠ 1	školní metodik prevence	věk při počátku patologického užívání	12 let
		počátek prevence	nevěnujeme se
	Minimální preventivní program	počátek prevence	nedodán
ZŠ 2	školní metodik prevence	věk při počátku patologického užívání	12 let
		počátek prevence	nevěnujeme se
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí
ZŠ 3	školní metodik prevence	věk při počátku patologického užívání	10 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	13 let
Gy	školní metodik prevence	věk při počátku patologického užívání	14 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

Zdroj: Vlastní výzkum

Školní metodička prevence ze ZŠ 1 a školní metodik prevence ze ZŠ 2 uvedli, že se prevenci nelátkových závislostí vůbec nevěnují, školní metodička ze ZŠ 3 uvedla, že se prevenci nelátkových závislostí věnují od 12 let, stejně jako školní metodička prevence z gymnázia, kde začínají s prevencí také v tomto věku.

Studiem minimálních preventivních programů jsem zjistila, že pouze minimální preventivní program ze ZŠ 3 uvádí konkrétní údaj, kdy se prevenci tohoto rizikového a návykového chování věnují.

Tab. 8: Šikana

Vlastní výzkum		první kontakt se šikanou	10,4 let
ZŠ 1	školní metodik prevence	první kontakt se šikanou	7 - 8 let
		počátek prevence	7 - 8 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	nedodán
ZŠ 2	školní metodik prevence	první kontakt se šikanou	před 11 rokem
		počátek prevence	11 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí
ZŠ 3	školní metodik prevence	první kontakt se šikanou	10 let

		počátek prevence	6 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	6 let
Gy	školní metodik prevence	první kontakt se šikanou	6 - 7 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence ⁷	neuvádí

Zdroj: Vlastní výzkum

Vlastní výzkumem jsem zjistila, že průměrný věk, ve kterém se respondenti setkávají se šikanou, je 10,4 let

Školní metodička prevence ze ZŠ 1 sdělila, že průměrný věk, kdy se dítě poprvé setkává se šikanou, je 6 – 7 let. Tento údaj se výrazně liší od mého i jiných výzkumů, což naznačuje neznalost statistických dat. V rozhovoru dále uvedla, že s prevencí šikany začínají v 2. třídě.

Školní metodik prevence ze ZŠ 2 v rozhovoru vypověděl, že se šikanou se žáci setkávají průměrně v 11 letech. V tomto věku také začínají s prevencí šikany. V minimálním preventivním programu této ZŠ nebylo možné tento údaj ověřit.

Školní metodička prevence ze ZŠ 3 věděla, kdy dochází k prvnímu kontaktu se šikanou. Sdělila, že s prevencí šikany začínají již od počátku povinné školní docházky. Tento údaj je také uvedený v minimálním preventivním programu.

Školní metodička prevence z gymnázia byla podobně jako u problematiky užívání alkoholu a tabákových výrobků v situaci, kdy už studenti přicházejí na gymnázium v pozdějším věku. Pořádají však tzv. vstupní pobyty, které mají mimo jiné za úkol nastavit pozitivní hodnoty v kolektivu a vytvořit dobré vztahy a předejít tak šikaně.

Tab. 9: Nelegální drogy

Vlastní výzkum		kontakt s první drogou	Od 12,6 let
ZŠ 1	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	neví
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí
ZŠ 2	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	13 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

ZŠ 3	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	12 -13 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	12 let
GY	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	13 - 14 let
		počátek prevence	13 - 14 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

Zdroj: vlastní výzkum

Vlastním výzkumem jsem zjistila, že první kontakty s drogou začínají průměrně od 12,6 let. Průměrný věk prvního kontaktu je závislý na druhu nelegální látky.

Školní metodička prevence ze ZŠ 1 nevěděla, kdy se děti poprvé setkávají s nelegální drogou, ale uvedla, že s prevencí začínají od 12 let. Tuto skutečnost nebylo možné ověřit v minimálním preventivním programu.

Školní metodik prevence ze ZŠ 2 uvedl, že 1. kontakt dětí s drogou je ve 13-ti letech a že s prevencí začínají ve 12 letech, ale minimálním preventivním programem žádný takový konkrétní údaj neuvádí..

Školní metodička prevence ze ZŠ 3 v rozhovoru řekla, že s první kontakt s drogou mají děti mezi 12- tím a 13- tím rokem. Dále řekla, že s prevencí drog začínají ve 12- ti letech, což se potvrdilo i studiem minimálního preventivního programu, který tento údaj také uvádí.

Školní metodička prevence z gymnázia uvedla, že děti se s drogou poprvé setkávají mezi 12- tím a 13- tím rokem, v tomto věku, jak dále řekla, začínají s prevencí. Tento údaj jsem nemohla ověřit v minimálním preventivním programu, protože ten takové konkrétní údaje neobsahuje.

Tab. 10: Rizikové sexuální chování

Vlastní výzkum		počátek sexuálního života	12,9 let
ZŠ 1	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	neví
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí
ZŠ 2	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	13 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

ZŠ 3	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	14 let
		počátek prevence	12 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	14 let
GY	školní metodik prevence	první kontakt s drogou	13 let
		počátek prevence	13 let
	Minimální preventivní program	počátek prevence	neuvádí

Zdroj: Vlastní výzkum

Vlastním výzkumem jsem zjistila, že první sexuální styky respondenti navazují průměrně v 12,9 letech.

Školní metodička ze ZŠ 1 v rozhovoru řekla, že si nemyslí, že by u nich na škole žáci měli zkušenost se sexuálními styky. Dále sdělila, že s prevencí takového rizikového chování se začínají věnovat v 12 letech, tento údaj jsem nemohla ověřit v minimálním preventivním programu.

Školní metodik prevence ze ZŠ 2 sdělil, že první kontakty s rizikovým chováním tohoto typu přichází ve věku 13 let a prevenci se věnují od 12- ti let. Minimální preventivní program neuvádí žádný konkrétní údaj.

Školní metodička prevence ze ZŠ 3 řekla, že s tímto rizikovým chováním žáci začínají ve 13-ti let, prevenci se věnují od 12-ti let. Minimální preventivní program uvádí počátek preventivního dění tohoto rizikového chování v 14 letech.

Školní metodička prevence z gymnázia uvedla, že děti se rizikovému chování / sexuálními stykům věnují od 13- ti let, s prevencí začínají ve 14-ti letech. Tento údaj jsem nemohla ověřit v minimálním preventivním programu, protože ten takové konkrétní údaje neobsahuje.

5. Diskuze

O problematice rizikového a závislého chování dnes nejen odborná veřejnost mluví jako o velmi aktuálním a společensky nebezpečném jevu, o kterém koluje v celé společnosti celá řada mýtů a fám. Na druhou stranu ale existují velmi kvalitní podklady, ze kterých v rámci přípravy preventivních programů může vycházet i laická veřejnost.

Během vlastního kvantitativního výzkumu jsem se nesetkala s negativním přístupem, ředitelé škol i jednotliví učitelé mi vycházeli maximální vstřícností. Jediným problémem se ukázal být požadavek, aby při vyplňování dotazníků žáky nebyli učitelé přítomni ve třídě. V 16 třídách toto nebylo umožněno s odkazem na bezpečnost i zodpovědnost za žáky. V těchto třídách však během vyplňování dotazníků učitelé zaujali pasivní roli, žáky nijak nepozorovali, ani nekontrolovali, žáci tedy nepociťovali žádné známky ztráty anonymity svých výpovědí.

Jiná situace nastala během rozhovorů se školními metodiky prevence. Bylo osloveno 5 školních metodiků prevence s žádostí o rozhovor, přičemž jim bylo sděleno, že jejich jména zůstanou v anonymitě. S žádostí souhlasili 4 metodici a 1 metodik školní prevence odmítl. Pro všechny 4 metodiky bylo důležité, aby nejen jejich osoby, ale i školy, které zastupují, zůstali anonymní, proto školy byly označeny jako ZŠ 1, ZŠ 2, ZŠ 3 a gymnázium. S příslibem rozhovoru byli zároveň požádáni o poskytnutí minimálního preventivního programu. Ten však skutečně předali pouze 3 školní metodici prevence, z toho školní metodička prevence z gymnázia pouze v podobě podkladů, ze kterých není jasné, zda jsou z letošního roku.

Jak uvádí Nešpor, je jednou zásad efektivní primární prevence její včasný začátek.⁽¹⁹⁾ Kalina k tomu uvádí, že účinnost prevence je nejvyšší, pokud začíná 2 až 3 roky před prvním kontaktem s návykovou látkou a průběžně pokračuje mnoho let. ⁽¹¹⁾

Vlastním výzkumem pomocí dotazníků rozdaných žákům jsem zjistila, že první kontakt s alkoholem přichází v 9,9 letech, což odpovídá výsledům J. Buriánka, který ve svém výzkumu Česká mládež v perspektivách delikvence píše, že pití alkoholu je mezi dětmi velmi rozšířené a začíná průměrně v 10-ti letech.⁽⁴⁾ K problematice pití alkoholu Jiří Presl zmiňuje, že zkušenost s pitím alkoholu má 98% populace šestnáctiletých.⁽²²⁾

K tomu jsem zjistila, že v populaci žáků devátých tříd, kde je průměrný věk 14,7 let, má zkušenost s alkoholem také 98% respondentů.

Z rozhovorů vedených se školními metodiky prevence vyplynulo, že prevenci alkoholu se věnují nejčastěji od 10 let věku žáků, prevence přichází tedy zároveň s vlastní zkušeností s alkoholem. Protože se ztotožňuji s výše popsanými požadavky, které stanoví K. Kalina na včasnost prevence, považuji prevenci přicházející v tomto věku za méně účinnou až zcela nedostatečnou.

Další oblastí rizikového závislostního chování, kterou jsem se ve svém výzkumu zabývala, je užívání tabákových výrobků. E. Králíková a Lenka Štěpánková z Centra prevence rizikového chování prezentují, že první cigaretu ochutnají děti průměrně v 10-ti letech (14). Prostřednictvím výzkumu provedeného pro potřeby této práce jsem zjistila, že první zkušenost s cigaretou ve celém souboru je průměrně v 10,4 letech.

Při rozhovorech se školními metodiky prevence jsem zjistila, že s prevencí kouření se děti setkávají už od 8 let. V tomto případě prevence přichází před 1. kontaktem s tabákovým výrobkem a to dokonce i dostatečně dlouho, tak jak požaduje Kalina. (11)

Do svého výzkumu jsem zařadila i otázky zjišťující nelátkové závislosti, jako je gambling, chatomanie, netomanie a závislost na mobilním telefonu. Během studia literatury pro potřeby této práce jsem nezjistila žádný výzkum provedený na reprezentativním vzorku z českého prostředí, který by se zabýval otázkou věku při prvním kontaktem s tímto druhem rizikového závislostního chování. Plně však souhlasím s názorem krajské koordinátorky školské prevence Bc. Bullové, která v rámci rozhovoru poskytnutého pro potřeby této práce řekla: „Prevence začíná už od prvního vstupu do školy, v nespécifické formě, spočívá v budování dobrého sociálního klimatu, v posilování pozitivních mezilidských vazeb, v nabídce volnočasových aktivit. A na tuto nespécifickou primární prevenci musí navazovat od 6.třídy specifikovaná prevence jednotlivých sociálně patologických jevů.“

J. Falář v roce 2003 zveřejnil studii, ve které uvádí, že opakovanou zkušenost s hrou na výherních automatech má 1,9% žáků vzorku, který tvořili žáci sedmých, osmých a devátých tříd.(6) Vlastním výzkumem jsem však zjistila, že v současné době

má tuto opakovanou zkušenost s hrou na výherních automatech 6% respondentů. Je tedy patrné, že prováděná prevence není účinná, protože je zřejmý nárůst rizikového závislostního chování tohoto typu. To se potvrdilo i během rozhovorů s jednotlivými metodiky školní prevence, z nichž vyplynulo, že se této prevenci vůbec nevěnují, resp. se jí věnují až od 12-ti let věku žáků.

Jedním z nejdiskutovanějších druhů rizikového závislostního chování je užívání nelegálních drog. Falář k tomu uvádí, že mezi nejčastěji zneužívané látky na základních školách patří marihuana, houbičky (lysohlávka), a hašiš. Avšak až 2% žáků základních škol užívá i tzv. tvrdé drogy (heroin, pervitin). První kontakt s klasickou drogou (míněno bez alkoholu a tabáku) v roce 2000 byl v 13-ti letech.⁽⁶⁾ Prostřednictvím vlastního výzkumu jsem zjistila, že nejčastěji zneužívanými látkami na základních školách jsou marihuana, přírodní drogy (lysohlávka), hašiš a léky, kdy respondenti začínají s těmito látkami experimentovat od 12,6 let. Uživatelé tzv. tvrdých drog (heroin, pervitin) byli v celém vzorku zastoupeni 1% a začínají s těmito látkami experimentovat později, průměrně od 14,2 let.

Z rozhovorů se školními metodiky prevence jsem zjistila, že prevenci se věnují od 12-ti let věku dětí. Primární prevence tedy sice předchází vlastnímu experimentu s rizikovým závislostním chováním, ale protože souhlasím s názorem K. Kaliny, který říká, že účinnost prevence je nejvyšší, pokud začíná 2 až 3 roky před prvním kontaktem s návykovou látkou **(11)**, hodnotím toto preventivní dění jako pozdě přicházející a proto méně efektivní.

Další z oblastí výzkumu, kterými jsem se zabývala, byla šikana. Respondenti vypověděli, že se se šikanou setkali poprvé v průměru v 10,3 letech. Tato hodnota se pohybuje ve spodní části věkového rozmezí, který uvádí Iva Juráčková ve své zprávě „Některé aspekty šikany v současné škole“. Ta říká, že se šikanou se děti nejčastěji setkávají v jejich 10 - 13 letech. **(10)**

V rozhovorech se školními metodiky prevence jsem zjistila, že jimi prováděná prevence přichází včas, více než 2 roky před první zkušeností se šikanou. Tím splňují výše popsaný požadavek K. Kaliny a proto lze prevenci považovat za včasnou.

Poslední oblastí výzkumu bylo nežádoucí rizikové sexuální chování. Josef Falář. ve své studii uvádí, že v populaci žáků 7. – 9. tříd a tomu odpovídajících ročníků gymnázií v roce 2000 přiznalo sexuální styk 8,4 % žáků a průměrný věk prvního sexuálního styku byl 13,1 roku.(6) Naproti tomu ve vzorku zjištěném pro tuto práci vypovědělo 33% respondentů, že zkušenost s pohlavním stykem již má. Průměrný věk sexuálního styku byl 12,9 let. Nejenže se zvýšil podíl žáků, kteří mají zkušenost s nežádoucím rizikovým sexuálním chováním, ale navíc se snížil průměrný věk při tomto styku. Proto primární prevence nesplňuje své cíle, tak jak je definuje Záborský. (28)

Školní metodici prevence v rozhovorech vypověděli, že se prevencí začínají věnovat mezi 12-ti a 14-ti lety věku dětí. Prevence tedy přichází zároveň anebo po experimentu s tímto druhem rizikového chování, nesplňuje tak ani požadavek K. Kaliny na včasný počátek prevence, proto ji hodnotím jako méně účinnou až zcela neefektivní.

Tím se verifikovala hypotéza č. 1 : „preventivní činnost nepřichází vzhledem k věku při prvním experimentu se rizikovým a závislostním chováním včas“.

Studiem minimálních preventivních programů jednotlivých škol jsem zjistila, že většina těchto programů neuvádí žádné konkrétní údaje, kdy začíná prevence jednotlivých druhů rizikového závislostního chování, a vůbec tak v jejich obsahu nezohledňuje statistická data či výsledky monitoringů. Tím se verifikovala hypotéza č.2: „většina preventivních programů ve školách v minimálních preventivních programech nezohledňuje výsledky statistických dat či výsledků monitoringů“.

Během rozhovorů s jednotlivými školními metodiky prevence se také ptala, zda a jak ve škole provádějí monitoring. Zjistila, jsem, že školy nerealizují monitoring za účelem zjištění rizikového a závislostního chování a spoléhají na to, že žáci za pedagogem přijdou a své problémy ve smyslu rizikového závislostního chování mu sdělí sami. Tím se verifikovala i hypotéza č. 3: „školy nerealizují monitoring za účelem zjištění výskytu rizikového a závislého chování“.

6. Závěr

Prvním cílem mé práce bylo zmapovat zohlednění statistických údajů v návaznosti na prováděnou prevenci. Pro naplnění tohoto cíle jsem vedla rozhovory se souborem respondentů, který tvořili 4 školní metodici prevence, a zjišťovala, kdy podle jejich názoru dochází k prvnímu experimentu s rizikovým a závislostním chováním a kdy se začínají věnovat jeho prevenci. Doplnkovou metodou pro naplnění tohoto cíle mi bylo studium minimálních preventivních programů. Domnívám se, že cíl mé práce byl naplněn.

Dalším, druhým cílem mé práce bylo zmapování využívání monitoringu při primárně preventivním dění školách. K tomuto účelu jsem vedla rozhovory se školními metodiky prevence, během kterých jsem zjišťovala jejich postoje k monitoringu i jeho vlastní užívání v jednotlivých školách. Domnívám se, že i tento cíl mé práce byl naplněn.

První hypotéza: „preventivní činnost nepřichází vzhledem k věku při prvním experimentu se rizikovým a závislostním chováním včas“, se potvrdila. K tomuto účelu byl vytvořen reprezentativní soubor 1008 žáků, u něž byly zjišťovány zkušenosti s rizikovým a závislostním chováním. Výsledky byly porovnávány se sděleními jednotlivých metodiků prevence, čímž se prokázalo, že primární prevence jevů jako je užívání alkoholu, omamných a psychotropních látek a rizikového sexuálního chování přichází pozdě, prevenci nelátkových závislostí se 2 školy vůbec nevěnují. Pouze prevence užívání tabákových výrobků a šikany přichází vzhledem k zjištěnému věku prvního experimentu včas.

Aby prevence mohla být co nejúčinnější, je nutné vědět, kdy dochází k prvním experimentům s rizikovým a závislostním chováním. Prevence má totiž takovému chování dlouhodobě předcházet a poskytovat vhodné alternativy v podobě volnočasových aktivit i dostatek informací, tak aby se každý mohl kvalifikovaně rozhodnout, zda drogu užije či nikoliv.

Druhá hypotéza: „většina preventivních programů ve školách v minimálních preventivních programech nezohledňuje výsledky statistických dat či výsledky monitoringů“, se potvrdila díky studiu minimálních preventivních programů, při kterém

vyšlo najevo, že školní minimální programy jsou koncipovány jako velmi obecné a nekonkrétní.

Třetí hypotéza: „školy nerealizují monitoring za účelem zjištění výskytu rizikového a závislého chování“ se také potvrdila. Empirickým pozorováním jsem zjistila, že školní metodici prevence při své práci daleko více spoléhají na neformální, důvěrné vztahy se žáky, resp. očekávají, co jim žáci sdělí. Monitoringu se proto nevěnují.

Práce, zvláště pak výsledky výzkumu, který by proveden na velkém a reprezentativním vzorku, může být využita všemi, kteří se věnují primární prevenci, v aktuální situaci především školními metodiky prevence. Ti zjištěná data mohou využít při tvorbě minimálních preventivních programů.

V této situaci hodnotím jako nejdostupnější řešení plošné využívání on-line systémů, za účelem realizace monitoringu rizikového a závislého chování. Tyto systémy mohou zároveň sebraná data i vyhodnotit a vypovědět tak o stavu, který bývá pro mnoho škol a školských zařízení neznámý. Monitoring pro pedagogy nepřináší žádné nové povinnosti nebo práci navíc a časová a finanční náročnost jsou poměrně nízké právě díky on-line systémům. Základem efektivní primárně preventivní činnosti je její kontinuálnost a včasnost, která bohužel velmi často chybí. Tento stav je pravděpodobně zapříčiněn i tím, že pedagogové věnující se ve škole preventivní činnosti (školní metodici prevence) tuto činnost vykonávají bez finanční odměny či jakéhokoliv ocenění. Také je velmi zřejmý nedostatek finančních prostředků, které by bylo možné vložit do kvalitních preventivních programů a tak většinou školy využívají méně kvalitních programů, protože jsou poskytovány zdarma. Optimálním řešením by bylo jakékoliv motivující ocenění školního metodika prevence a to buď formou finanční odměny či snížením úvazku. Toto je projednáváno MŠMT již více jak 10 let a tato situace je pro metodiky velmi nemotivující. Dále je zřejmé stálé snižování finančních prostředků a tak bohužel školy využívají stále častěji nízkonákladové preventivní programy a monitoring rizikového a závislého chování považují v návaznosti na finanční možnosti jako velmi vysoký nadstandard. Jak z výše uvedených důvodů

vyplývá, obávám se v nejbližších letech stále snižující úrovní a efektivitě primárně preventivní činnosti.

7. Seznam použité literatury

1. *ABZ slovník cizích slov* [online]. 2005-2006 [cit. 2007-11-11]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo>.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva – HNILICOVÁ, Helena. *Vybrané metody a techniky výzkumu*. 1. vydání. Brno: IDV PZ v Brně, 2000. 118s.
ISBN 807013-311-2
3. BÉM, Pavel. *Primární prevence zneužívání návykových látek* [online]. Studijní skripta distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů. 2003 -2006, cit. [2008-02-17]. Dostupné z: <http://knihovna.drogy-info.cz/rok.php?start=1999>.
4. BURIÁNEK, Jiří et al.: *Česká mládež v perspektivě delikvence: Výsledky mezinárodního výzkumu ISRD-2*. 1.vyd. Praha: Filozofická fakulta UK v Praze, 2007. 77 s.
ISBN 80-86284-68-9
5. *Česká republika má dvě monitorovací střediska pro drogy* [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003-2006, 04.10.2005 [cit. 2008-02-17]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/ceska_republika_ma_dve_monitorovaci_strediska_pro_drogy.
6. FALÁŘ, Josef et al. *CASRI: Dynamika drogové scény a sociálního klimatu dětí a mládeže 1997-2000: Výsledky žáků základních a zvláštních škol, studentů civilních a vojenských středních škol*. 1.vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. 103 s.
ISBN 80-86568-16-4
7. HARTL, Pavel - HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s.
ISBN 80-7178-303-X

8. HARTNOLL, Richard. *Drogy a drogová závislost: Vzájemné propojení výzkumu, politiky a praxe - Dosud získané zkušenosti a rýsující se výzvy*. Přel. J. Radimecký. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 98 s.
ISBN 80-96734-45-5
9. *Indikovaná primární prevence* [online]. Prevcentrum.cz, 2006 [cit. 2008-01-17].
Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/cz/cpp/indikovana-primarni-prevence/>.
10. JURÁČKOVÁ, Iva. *Některé aspekty šikany v současné škole* [online]. [cit. 2008-03-17]. Dostupné z:
<http://www.syrs.org/sps2/publik/pedvyskum/n/Jurackova.pdf>.
11. KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 344 s.
ISBN 80-86734-05-6
12. KOHOUTEK, Rudolf et al. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1996. 184 s.
ISBN 80-85867-94-X
13. KOLEKTIV AUTORŮ PPP BRNO. *Metodika prevence sociálně patologických jevů*. České Budějovice: Jihočeský kraj, 2002. 40s.
14. KRÁLÍKOVÁ, Eva - ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka. *Kouření tabáku a rizikové chování* [online]. [cit. 2008-04-25]. Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/download/829/Kralikova-Eva-Stepankova-Lenka-KOURENI-TABAKU-A-RIZIKOVE-CHOVANI.pdf>.
15. LANGMEIER, Josef - KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3.přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344s.
ISBN 80-7196-195-X
16. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. [cit. 2007-12-17]. Dostupné z:
http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_preve_nci_SPJ_k_podpisu_mini.doc.

17. MIOVSKÝ, Michal et al. *Vybrané termíny primární prevence*[online]. [cit. 2007-10-05]. Dostupné z:
<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarniprevence.doc>.
18. NĚMEC, Jiří et al. *Pedagogové proti drogám* [online]. [cit. 2008-04-20]. Dostupné z:
<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=108&list=108&shw=100055>.
19. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6
20. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat* [online]. [cit. 2007-10-05]. Dostupné z: <http://www.plbohnice.cz/nespor/knizkycz.html>
21. *Selektivní primární prevence* [online]. Prevcentrum.cz, 2006 [cit. 2008-01-17]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/cz/cpp/selektivni-primarni-prevence/>.
22. PRESL, Jiří. *My, drogy a Evropa*. Praha: Medea Kultur. 31s.
23. TRAPKOVÁ, Barbora. Cíle primární prevence dle věku cílové skupiny[online]. [cit. 2008-05-03]. Dostupné z:
<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=152&list=152&shw=100009>.
24. VÁCHA, Pavel. *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti* [online]. [cit. 2008-02-29]. Dostupné z: http://www.prevence.net/Science/vacha_02.pdf.
25. VÁCHA, Pavel. *Primární prevence a monitoring*. Přednáška ze dne 17.4. 2006, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
26. *Vláda České republiky: Národní monitorovací středisko* [online]. Úřad vlády České republiky, 2007 [cit. 2008-02-17]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/dokument2029.html>.
27. *Všeobecná primární prevence* [online]. Prevcentrum.cz, 2006 [cit. 2008-01-17]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/cz/cpp/vseobecna-primarni-prevence/>.

28. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s.
ISBN 80-244-0709-4
29. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů 379/2005 Sb.
30. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) č.561/2004 Sb.

8. Klíčová slova

primární prevence – monitoring – rizikové a závislostní chování – základní škola

9. Přílohy

Dotazník

Minimální preventivní program ZŠ 2

Minimální preventivní program ZŠ 3

Minimální preventivní program gymnázium