

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Hodnocení primárně preventivního působení na základních školách
v regionu Příbramsko**

Diplomová práce

Jméno vedoucího práce:

Mgr. Pavel Vácha

Jméno autora:

Bc. Iva Šmatláková

2010

ABSTRACT

The topic of this thesis is evaluation of primary prevention activities in elementary schools in the Příbram region. The issue of risk behavior is still an up-to-date topic discussed throughout society and the only truly effective solution to this undesirable phenomenon is its prevention.

The aim of primary prevention is to discourage pupils from their involvement in risk behavior or to put the risk behavior off until later age. Those that exercise primary prevention activities are the family and school. Now schools and educational facilities are required to develop the so-called minimal preventive program according to the Methodological instructions of the Ministry of Education, Youth and Sports.

The chapter “The current status” is based on professional literature. The terms of risk behavior, school primary prevention, adolescence and also individual forms of risk behavior are described. In the practical part the objectives are defined, the research process is described and discussions with authors I drew inspiration from are mentioned.

The main objective of this thesis was to survey the spheres of primary prevention activities in elementary schools. At the same time, according to timeliness and the presence of a selected type of risk behaviour, it is possible to assess the effectiveness of primary prevention. Another objective was to monitor the incidence of risk behavior in pupils of ninth grade of elementary schools. To obtain the research data a quantitative method using anonymous questionnaires for elementary school pupils was applied. In the thesis qualitative research was also used, the data collection technique was the content analysis of basic prevention programs.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 16.8.2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Pavlu Váchovi za jeho odborné vedení, cenné rady, užitečné připomínky a vstřícnou spolupráci při jejím zpracování. Poděkování patří též vedení a pedagogům základních škol za umožnění realizace mého výzkumu. Také touto cestou děkuji mé rodině a přátelům za nemalou podporu během mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Rizikové chování.....	9
1.1.1 Vymezení pojmu poruchové/problematické chování.....	10
1.1.2 Vývoj poruchového / problematického chování.....	10
1.1.3 Oblasti rizikového chování	11
1.1.4 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování	11
1.2 Prevence rizikového chování	13
1.2.1 Dělení primární prevence	14
1.2.2 Opatření státu v oblasti prevence drogových závislostí	16
1.2.3 Zásady efektivní primární prevence	19
1.2.4 Dovednosti potřebné pro život	21
1.3 Školní primární prevence	21
1.3.1 Školní poradenské pracoviště	22
1.3.2 Minimální preventivní program.....	23
1.3.3 Evaluace primární prevence	24
1.4 Období dospívání	25
1.4.1 Vývojové změny.....	25
1.4.2 Návyková rizika u dětí a dospívajících	26
1.4.3 Vliv školy.....	27
1.4.4 Vliv rodiny.....	27
1.4.5 Vliv vrstevníků.....	29

1.5	Šikana.....	30
1.5.1	<i>Charakteristika šikany</i>	30
1.5.2	<i>Vznik a vývoj šikany</i>	31
1.5.3	<i>Kyberšikana</i>	32
1.6	Patologické hráčství	33
1.6.1	<i>Definice</i>	33
1.6.2	<i>Vznik a vývoj</i>	34
1.7	Kouření tabákových výrobků.....	35
1.7.1	<i>Definice kouření</i>	35
1.7.2	<i>Příčiny kouření</i>	37
1.8	Alkoholismus	37
1.8.1	<i>Účinky alkoholu</i>	38
1.8.2	<i>Vznik a rozvoj alkoholismu</i>	39
1.9	Drogy a drogová závislost.....	41
1.9.1	<i>Droga</i>	41
1.9.2	<i>Drogová závislost, její vznik a vývoj</i>	42
1.9.3	<i>Příznaky užívání návykových látek</i>	45
1.10	Závislost na komunikačních médiích a informačních technologiích.....	45
1.10.1	<i>Závislost na internetu</i>	46
1.10.2	<i>Závislost na počítačových hrách</i>	47
1.10.3	<i>Závislost na mobilním telefonu</i>	48
1.11	Sexuální život dospívajících	49
1.12	Statistiky.....	50
1.12.1	<i>Statistiky šikany</i>	50

1.12.2	<i>Mezinárodní projekt ESPAD</i>	50
1.12.3	<i>Věk prvního užití drogy</i>	52
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	54
2.1	Cíle práce	54
2.2	Hypotézy práce.....	54
3	METODIKA	55
3.1	Použité metody.....	55
3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	55
4	VÝSLEDKY	57
4.1	Výsledky kvantitativního výzkumu.....	57
4.2	Obsahová analýza minimálních preventivních programů.....	75
4.3	Výsledky obsahové analýzy - tabulky.....	97
5	DISKUZE	105
6	ZÁVĚR	117
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	119
8	KLÍČOVÁ SLOVA	129
9	PŘÍLOHY	130

ÚVOD

MOTTO: „Velké problémy světa lze řešit tak, že se věnujeme jejich malým počátkům.“

(Lao-č Tao – Ťing)

Téma této práce zní Hodnocení primárně preventivního působení na základních školách v regionu Příbramsko. Přestože je obecně téma primární prevence často zkoumatelné, považuji ho za stále aktuální. Otázce prevence rizikového chování by se společnost neměla přestávat věnovat, neměla by polevovat, ale naopak by měla společným snažením zvýšit její efektivitu.

Jedním z hlavních vykonavatelů primární prevence je rodina, ovšem ta velmi často v preventivním dění selhává. Doplňujícím činitelem primární prevence jsou tedy školy a školská zařízení. Primárně preventivní působení by mělo být neoddelitelnou součástí výuky na základních školách a ne tyto aktivity směřovat pouze do volnočasových činností. Každá škola má povinnost vypracovávat tzv. minimální preventivní program dle Metodického pokynu MŠMT a co nejefektivněji realizovat cíle tohoto programu. Žákům též škola musí umožnit osvojení základních kompetencí, jako např. sociálních a komunikačních dovedností či posilování společensky akceptovatelných hodnot.

Rizikové formy chování se z mého vyzorování u české mládeže vyskytují stále častěji. Opětovně se setkávám se situacemi, kdy nezletilí užívají jimi oblíbenou marihuanu, kouří tabákové výrobky či je jim bez problému prodán alkohol. Výjimkou není ani setrvávání dětí v barech, hernách a jiných restauračních zařízeních bez doprovodu rodičů. Díky stále rostoucí a dostupnější moderní technice shledávám také velkou hrozbu v možné závislosti na komunikačních a informačních technologiích.

Na kolik jsou preventivní opatření ze strany školního prostředí efektivní, se pokusím zjistit v této práci. Hlavním cílem je tedy zmapovat oblasti primárně preventivního působení na základních školách. Současně dle jejich včasnosti a zastoupení prevence vybraného rizikového chování provést vyhodnocení účinnosti primární prevence. Dalším cílem je zmonitorovat výskyt rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Rizikové chování

Miovský a Zapletalová (1) uvádějí, že pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Vzorce rizikového chování přitom považují za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a zároveň je lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi. Nejčastěji do konceptu rizikového chování řadíme: šikanu a násilí ve školách, vč. dalších forem extrémně agresivního jednání, dále záškoláctví, užívání návykových látek, nelátkové závislosti (gambling, problémy spojené s nezvládnutým využíváním PC, kyberšikana atd.), užívání anabolik a steroidů, obecně kriminální jednání, sexuálně-rizikové chování, vandalismus, xenofobii, rasismus, intoleranci a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týraní a zneužívání dětí atd.

Obsáhlé výzkumy prokázaly, že rizikové chování dospívajících je funkční, promyšlené a cílené a že tyto cíle jsou často ústřední pro normální vývoj dospívajících. Kouření, pití alkoholu, užívání drog nebo zahájení sexuální aktivity v raném věku může být nástrojem při získávání obdivu a respektu u vrstevníků, při dosahování nezávislosti na rodičích, při odmítání pravidel a hodnot tradičních autorit, při zvládnání úzkostí, frustrací a obav z neúspěchu nebo při sebepotvrzování zralosti a přechodu od dětství k dospělejšímu postavení. Na takových cílech není nic zvráceného, iracionálního nebo psychopatologického. Naopak jsou typické pro řádný psychosociální vývoj a jejich centrálnost napomáhá k vysvětlení, proč se rizikové chování, které slouží takovým účelům, tak vzpírá změnám (24,25).

V současnosti se při zkoumání konceptu rizikového chování objevují následující trendy. Za prvé je to posun od medicínského chápání k behaviorálnímu. Za druhé již není kladen takový důraz na diagnózu, avšak na škodlivé projevy, které nutně nemusí být ještě nemocí. A třetím významným trendem je nástup rizikového chování v nižším věku, jeho větší prevalence a výskyt více jednotlivých druhů rizikového chování u mladistvého současně (39).

1.1.1 Vymezení pojmu poruchové/problematické chování

Jako poruchové chování označujeme odchylku chování jedince od normy. Obecně je porucha chování vnímána negativně, kdy je spojována s nepříznivými charakterovými vlastnostmi a postoji. Některé odchylky mohou být způsobeny somatickými malformacemi, nemocemi, či nedostatečnou funkčností smyslů. Tyto odchylky negativní dimenzi ve vnímání druhými nemají, vyvolávají spíše soucítění, podporu a pomoc. Poruchy v chování však vyvolávají spíše odpor, provokují k odmítání. Některé způsoby chování mohou být považovány za poruchové v určitém kontextu, kdežto jiné ne, což je podmíněno sociokulturními standardy. Závisí to na očekávání sociální skupiny, ke které dítě náleží. Při posuzování chování jako nežádoucího nebo poruchového musíme brát v úvahu jeho možnou souvislost:

- s normami komunity, ve které jedinec žije – se sociokulturními očekáváními,
- s kontextem situace, v jejímž rámci je hodnoceno

Důležité je rozlišení problémového a poruchového chování **(83)**.

Poruchy chování lze také definovat jako jednání, při němž dochází k porušování sociálních (etických a právních) norem a to ve věku, kdy by je dítě mělo již být schopno pochopit a udržovat. Poruchou myslíme nežádoucí chování, které se u dítěte vyskytuje minimálně šest měsíců. K poruchám chování patří: porucha chování ve vztahu k rodině, socializovaná porucha chování, nesocializovaná porucha chování, porucha opozičního vzdoru **(58)**.

1.1.2 Vývoj poruchového / problematického chování

Při výchově, při předcházení kázeňským problémům, při zjišťování příčin nevhodného chování či při reagování na toto chování je třeba brát v úvahu vývojově psychologické souvislosti chování dětí a mládeže **(4)**.

Pro každé vývojové období jsou typické nějaké problémy v chování, které ovšem signalizují dosažení určité úrovně kognitivního i socializačního vývoje. V raném školním věku může být příčinou poruchového chování nezralost nebo nevhodné

výchovné působení. K častým projevům poruchového chování v tomto období patří lhaní, smyšlenka, bájevá lhavost, impulzivní agresivita. Nezralost bývá v tomto věku i příčinou obtíží ve škole, které se většinou projevují hraním, mluvením a vyrušováním při vyučování (77).

Typické poruchy chování lze většinou diagnostikovat až ve středním školním věku. Zde dochází k postupné proměně vrstevnické skupiny a k její vnitřní diferenciaci. Mezi poruchové chování tohoto věku patří tendence lhát a podvádět (už jde o pravou uvědomělou lež), šikana a záškoláctví (77).

1.1.3 Oblasti rizikového chování

1. Rizikové chování v oblasti zneužívání návykových látek (nikotin, alkohol, ilegální drogy).
2. Rizikové chování v oblasti reprodukčního zdraví (předčasný sexuální život a s ním spojené střídání partnerů a riziko vzniku pohlavních nemocí, nechtěná časná těhotenství).
3. Rizikové chování v oblasti psychosociální (poruchy chování, agresivita vedoucí až ke kriminalitě, nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, úrazy, deprese až suicidální jednání, chození za školu, zhoršený prospěch ve škole až vyhození ze školy, útoky z domova) (18).

1.1.4 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování

Výše jmenované jevy v různých oblastech rizikového chování mají při svém vzniku shodné rizikové i ochranné faktory. Tyto faktory je možné i přes jejich velké množství přehledně shrnout (17).

Individuální faktory

Rizikové: problémové chování v předchozím dětství, zanedbávání a zneužívání dětí, malá sebedůvěra a sebeúcta v adolescenci, chronické onemocnění a handicap, těhotenství, rodičovství, špatný školní prospěch, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, sklony k riskování a násilí **(56)**.

Ochranné: vysoká inteligence, sebeúcta, sebedůvěra, pozitivní perspektivy a možnosti pro budoucí život, oceňování vzdělání a zdraví, účast ve školních a dobrovolných aktivitách, duchovní orientace, schopnost sebekontroly **(17)**.

Rodinné faktory

Rizikové: významná ztráta v rodině, rodiče jsou chronicky nemocní (tělesně či duševně, včetně závislosti na návykových látkách), přístup rodičů je příliš autoritativní nebo naopak zanedbávající a nadměrně benevolentní, nedostatečná komunikace, dysfunkční rodina **(56)**.

Ochranné: kladné vztahy v rodině, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je), duchovní orientace, nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a ostatních vrstevníků **(17)**.

Společenské faktory

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

Ochranné: kvalitní školy, dospělí, kteří se věnují mládeži, pozitivní vzory ve společnosti, pozitivní poselství v médiích, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže, přísné zákony o zbraních a drogách **(17)**.

Specifickým faktorem je marketing, propagace a zábavní průmysl, jejichž protagonisté se stávají pro mládež neodolatelnými vzory lehkosti bytí a úspěšnosti. Protože postavení hrdinů z billboardů, spotů, klipů a bulvárních tiskovin je všedním životem nedosažitelné, objevují se náhrady jako cigarety, alkohol, drogy, sex, agresivita, nebezpečné hry a sporty a jiná komerčně propagovaná rizika **(31)**.

Dle Bendla (4) můžeme činitele ovlivňující vznik nežádoucího chování členit do více kategorií. Faktory rozdělujeme do následujících skupin:

- faktory biologické (faktory genetické a fyziologické povahy: vrozená agresivita, odchylky funkce nervové soustavy, temperament, poruchy chování dědičné povahy: autismus, porucha opozičního vzdoru a porucha pozornosti, hyperaktivita),
- faktory duchovní (absence smyslu života, postoje k zákonům, převládající hodnotová orientace),
- faktory sociální (rodina, škola, kamarádi, skupinová dynamika třídy, kriminalita ve společnosti, mediální násilí),
- faktory biologicko-sociální (obecná a sociální inteligence, citová a sociální zralost, zdravotní stav),
- faktory zdravotnicko-hygienické (pitný režim, výživa, pohyb, odpočinek, spánek, teplo, světlo),
- faktory fyzikální (počasí, atmosférický tlak, barva stěn ve třídě, řešení prostoru ve třídě, estetika prostředí),
- faktory situační (okamžitá atmosféra ve třídě, momentální nálada, nemoc, momentální školní neúspěch, nudný výklad učitele),
- faktory kombinované a faktory neznámé.

1.2 Prevence rizikového chování

Pod prevencí obecně rozumíme předcházení nemoci nebo předcházení zhoršení nemoci nebo předcházení zhoršení celkového stavu nemocného (85).

Prevence sociálně patologických jevů se snaží zabránit výskytu sociálně patologických jevů nebo co nejvíce omezit škody způsobené jejich výskytem mezi dětmi a mládeží. Ovšem termín sociálně patologické jevy je zastaralý, nyní je praxí i výzkumem stále více používán termín sociálně nežádoucí chování či rizikové chování. Existuje primární, sekundární a terciární prevence rizikového chování (Janíková, Daněčková, Prevence a adiktologie). Hlavní cíle a aktivity v oblasti prevence

rizikového chování jsou uvedeny ve Strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012 (50).

Primární prevence si klade za cíl předejít zneužívání drog nebo oddálit první setkání dětí a mladistvých s drogami do co nejpozdějšího věku. Cílovou skupinou této prevence je dosud nezasážená populace (9).

Sekundární prevence představuje předcházení vzniku, rozvoji a trvání závislosti u jedinců, kteří již drogu užívají nebo se na ní stali závislí. Obvykle se jedná o včasnou intervenci, poradenství a léčení (28).

Terciární prevenci chápeme jako předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí:

- resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog,
- intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, souborně zvané Harm Reduction – zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog (21).

1.2.1 Dělení primární prevence

V roce 1994 Institut medicíny navrhl nový rámec pro klasifikaci prevence. Všeobecná, selektivní a indikovaná prevence nahradí předchozí pojmy primární, sekundární a terciární prevence. Principem této klasifikace je pohled na cílovou populaci z hlediska možných rizik zneužívání návykových látek (64).

Specifická / nespecifická primární prevence

Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity podporující zdravý

životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizací volného času, například zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání **(46)**.

Za specifickou primární prevencí pokládáme aktivity a programy, které jsou zaměřeny konkrétně na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování žáků **(46)**. Velmi významným faktorem efektivní specifické primární prevence je zaměřenost a cílenost preventivního působení, které by mělo být kontinuální a mělo by zahrnovat všechny složky preventivního působení. Proto není možné oddělit a zaměřit preventivní činnost pouze na děti a mládež, ale musí být působení rozšířeno i na rodiče, pedagogy a další blízké autority mající vliv na utváření postojů a jednání dítěte (trenér, vedoucí kroužku, lékař, sociální pracovník, ostatní příbuzní atd.). Dále preventivní činnost musí být velmi kvalitně koordinována, aby byla znemožněna duplicita či rozporuplnost jednotlivých subjektů **(63)**.

Všeobecná / selektivní/ indikovaná primární prevence

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

- ***Všeobecná primární prevence***

Programy všeobecné primární prevence se orientují na běžnou populaci dětí, dospívajících a dospělých bez dalšího dělení ne méně či více rizikové skupiny. Většinou jsou realizovány nestátními neziskovými organizacemi a pedagogicko-psychologickými poradnami **(9)**.

- ***Selektivní primární prevence***

Selektivní primární prevence se zaměřuje na určité skupiny populace, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislostí a jiných sociálně nežádoucích jevů **(42)**. Selektivní primární prevence je náročnější na čas i prostředky. Je to cílená pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby. Programy tohoto druhu prevence jsou realizovány se skupinami, u nichž všeobecná prevence není účinná **(9)**.

Realizují se programy včasné intervence pro problematické třídy. Jsou to interaktivní programy pro třídní kolektiv, které si kladou za cíl podílet se spolu s učiteli na řešení problémů a předcházet sociálně nežádoucím jevům (šikana, xenofobie, ostrakismus, rasismus), navazovat přátelské vztahy, vytvářet pozitivní klima, zvládat konflikty. Programy nehledají „problémové“ žáky, naopak se snaží o přijetí všech do skupiny, o vzájemnou toleranci (9).

- ***Indikovaná primární prevence***

Indikovaná primární prevence je zaměřena přímo na jedince, kteří již vykazují známky rizikového chování. Cílem indikované prevence je snížit frekvenci, rizika a následky nežádoucího chování. Indikovanou prevenci realizují státní i nestátní instituce, přičemž jsou programy orientované zejména na práci s jednotlivcem a jeho rodinou (84).

Každý typ prevence má své výhody a nevýhody. Všeobecné preventivní programy mohou být nákladnější než selektivní nebo indikovaná prevence, neboť jejich zájem je orientován na celou populaci. Naopak v programech selektivní a indikované prevence hrozí značné riziko stigmatizace participantů, protože se zaměřují na mládež s rizikovým chováním. To může vyvolat vznik dalších problémů (42).

1.2.2 Opatření státu v oblasti prevence drogových závislostí

Na problematiku drog lze nahlížet z různých hledisek, od politických, přes zdravotní, až po výzkum a každodenní praxi. Právní předpisy a politiky, jejichž prostřednictvím se přístup v konečném důsledku tvoří, musejí vzít všechny tyto stránky v úvahu. (65).

Protidrogová strategie EU na období 2005-2012

Současnou drogovou situací v rámci EU popisuje Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (11). Základním principem Protidrogové strategie EU na období 2005 – 2012 je ucelený, multidisciplinární a vyrovnaný přístup

spojující snižování poptávky i nabídky a slouží jako základ pro protidrogové akční plány EU. V oblasti snižování poptávky bylo vytyčeno několik priorit. Téma primární prevence je obsaženo v bodě prvním: Zlepšení přístupu k preventivním programům a jejich zefektivnění, zvyšování povědomí o riziku užívání psychoaktivních látek. Za tímto účelem by preventivní opatření měla zahrnovat rané rizikové faktory, cílenou prevenci a prevenci prováděnou v rámci rodiny a společnosti (65).

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018

Národní strategie 2010-2018 je klíčovým koncepčním dokumentem vlády ČR a programovým vyjádřením záměrů a postupu vlády při řešení problému užívání drog. Jako účinnou strategii uznává vláda ČR komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Uplatňují se tři základní strategie moderní protidrogové politiky. Těmi jsou snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog), snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a resocializace uživatelů) a snižování rizik s jejich užíváním spojených (harm reduction) (52). Protidrogovou politiku České republiky představují čtyři základní pilíře – primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog (26).

Akční plány jsou nedílnou součástí Národní strategie 2010-2018, detailněji rozpracovávají plánované postupy pro naplňování cílů a definují opatření v podpůrných technicko-organizačních oblastech. Zároveň plní funkci implementačního nástroje strategie v dané oblasti a kontrolního nástroje realizace strategie. Po dobu platnosti této strategie budou zpracovány tři akční plány na období let 2010 až 2012, 2013 až 2015 a poslední na období 2016 až 2018 (52).

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti prevence rizikových projevů chování plní několik důležitých úkolů. Jednak je to stanovování základních

strategií v daných oblastech, stanovení priorit na budoucí období, podpora vytváření vazeb a struktury subjektů realizujících či spolupodílejících se na vytyčených prioritách a v neposlední řadě podpora vytváření materiálních, personálních a finančních podmínek nezbytných pro vlastní realizaci prevence ve školství (49).

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství na období 2009-2012 vychází ze závěrů pravidelných jednání s krajskými školskými koordinátory prevence a metodiky prevence, z dlouhodobých cílů stanovených strategiemi nadresortních orgánů a ze zkušeností s naplňováním koncepcí prevence zneužívání návykových látek a dalších rizikových projevů chování u dětí a mládeže za předchozí období. Konkretizace a harmonogram plnění jednotlivých cílů (krátkodobých, střednědobých i dlouhodobých) ve Strategii obsažených jsou rozpracovány v následném Akčním plánu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na příslušné období (49).

Zároveň je v působnosti MŠMT vypracovávání jednotlivých metodických pokynů, jež vymezují základní termíny, popisují jednotlivé úlohy institucí a pracovníků primární prevence či se týkají jednotlivých forem rizikového chování. Mezi základní metodické pokyny řadíme:

- *Metodický pokyn MŠMT k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance č.j. 14 423/99-22, Věstník MŠMT sešit 5/1999.*
- *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení, č. j. 24 246/2008-6, Věstník 1/2009.*
- *Metodický pokyn MŠMT k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví č. j. 10 194/2002-14, Věstník MŠMT sešit 3/2002.*
- *Metodický pokyn MŠMT k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízení, č.j. 20 006/2007-51, Věstník MŠMT sešit 11/2007 (45).*

Mezi další základní prameny práva vztahující se k problematice drog a drogových závislostí patří především:

- *Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými toxikomaniemi a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů* – upravuje opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu; opatření k předcházení a mírnění škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami; organizaci a provádění protidrogové politiky,
- *Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (10).*

1.2.3 Zásady efektivní primární prevence

Cílem efektivní prevence je zejména předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, oddálit setkání s návykovými látkami do pozdějšího věku a snížit či zastavit jejich experimentování. Stručně řečeno nejvýznamnějším ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování. Programy zaměřené pouze na předávání znalostí proto nebývají efektivní (57).

Nešpor (55) souhrnně uvádí zásady efektivní primární prevence:

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

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

Dále efektivní primární prevence užívání návykových látek zahrnuje systém navazujících aktivit jako je například informační a poradenský servis (webové stránky, knihovny, adresáře a databáze poskytovatelů sociálních služeb oblasti primární prevence), koordinační činnost a vzdělávací aktivity pro školní metodiky prevence, pedagogy a rodiče **(9)**.

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

- a) problematiku užívání návykových látek,
- b) jiné projevy rizikového chování (gambling, rasismus, xenofobie, šikana, týrání a zneužívání dětí, různé formy agresivního chování aj.),
- c) rozvoj sociálních dovedností a efektivní komunikace ve skupině, posilování sebejistoty, zvládání konfliktních situací, práce s emocemi, včasné rozpoznání poruch učení a chování,
- d) podpora zdravého způsobu života, včetně nabídky pozitivních alternativ trávení volného času **(48)**.

Účinně zasáhnout do rizikového chování mohou též tzv. peer programy. Koncept peer programů vychází ze základního poznatku, že v období dospívání výrazně působí na formování jedince vrstevníci. Dle výzkumů je tento přístup velmi efektivní, ovšem jeho realizace je dosti náročná. Při uskutečňování peer programů je nezbytná intenzivní práce s tzv. „peery“ **(44)**.

Slovo „peer“ je přejato z anglického jazyka a vyjadřuje v širším pojetí někoho, s nímž se cílová skupina může ztotožnit. Hlavní roli zde hraje nejen věk, ale i např.

sociální situace nebo zaměstnání. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu identifikuje, poměrně snadno nabyté dovednosti a postoje uplatní v praxi. V životě se totiž dostává do obdobných situací jako nositelé programu (55).

1.2.4 Dovednosti potřebné pro život

Dovednosti potřebné pro život neboli *life skills* jsou v běžném životě i při prevenci či léčbě problémů způsobených alkoholem a jinými návykovými látkami velice užitečné. Většinu z těchto dovedností si lze více či méně osvojit nácvikem. Můžeme je rozdělit do dvou skupin:

- *Dovednosti sebeovlivnění*: sebmotivace, sebeuvědomování, sebeovlivnění, schopnost vést přiměřený zdravotní a životní styl, zvládnutí rizikových faktorů jako například deprese, úzkost, nuda, atd. (72).
- *Sociální dovednosti*: schopnost čelit sociálnímu tlaku a další dovednosti zdravého sebeprosazení (asertivita), empatie, komunikace, schopnost vytvářet zdravou síť vztahů, schopnost čelit reklamě či racionálně hospodařit z penězi (78).

Předpokladem přijatelné adaptace nejen na školu jsou dostatečně rozvinuté sociální dovednosti a schopnosti je správně využívat. Sociální dovednosti umožňují splnit požadavky prostředí a dosáhnout žádoucího stupně adaptace. Vyznačují se prosociálními aktivitami v kombinaci s minimalizací asociálních projevů. Možným projevem nízké úrovně sociálních kompetencí je neadekvátní chování (78).

1.3 Školní primární prevence

Základním principem strategie prevence nežádoucích sociálně patologických jevů v resortu MŠMT je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení si pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti, k odmítání všech podob sebeztrouky a porušování zákona (51). MŠMT má stěžejní podíl při uplatňování školní primární prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže. Období školního vzdělávání má velice významnou funkci v oblasti formování osobnosti mladých lidí a

vše, co se v tomto období nepodaří se jen velmi obtížně napravuje v období dospělosti **(49)**.

Školní preventivní strategie by neměla být založena pouze na hromadných přednáškách a jednostranném předávání informací **(67)**.

Primární prevence rizikových projevů chování u žáků v působnosti MŠMT je zaměřena na předcházení zejména těmto rizikovým jevům a zajištění jejich včasné intervence:

- záškoláctví,
- šikana,
- rasismus, xenofobie,
- kriminalita, delikvence, vandalismus,
- užívání návykových látek (tabák, alkohol, jiné drogy)
- závislost na politickém a náboženském extremismu,
- netolismus (virtuální drogy),
- onemocnění HIV/AIDS a další infekční nemoci,
- patologické hráčství (gambling),
- domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže,
- poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie)**(61)**.

1.3.1 Školní poradenské pracoviště

Školní poradenské pracoviště představuje tým pedagogických pracovníků, kteří ve škole zajišťují poradenské služby, prevenci sociálně nežádoucích jevů a s tím spjatou informační a metodickou podporu učitelům, žákům a jejich rodičům **(39)**.

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

je vyškolení skupiny školních metodiků s cílem podpořit jejich osobnostní rozvoj, seznámit je se zásadami efektivní primární prevence, rozšířit jejich vědomosti a dovednosti v rámci primární prevence. Důležitým bodem je metodiky naučit získávat finanční prostředky na jejich projekty i seznámit je se sítí poskytovatelů sociálních služeb (9).

Školní metodik prevence vykonává činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské, přičemž si o těchto činnostech vede písemnou dokumentaci. Dále se zabývá tvorbou opatření při výskytu sociálně patologických jevů ve škole nebo školském zařízení a na základě pověření ředitele školy spolupracuje s dalšími krizovými, poradenskými a preventivními zařízeními jako jsou například pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče či Policie ČR (39).

1.3.2 Minimální preventivní program

Je konkrétní program školy, který je zaměřen na osobnostní i sociální rozvoj a rozvoj sociálně komunikačních dovedností žáků. Tento program je založen na jejich aktivitě, např. na odmítání alkoholu a drog či smysluplném trávení volného času (67).

Na tvorbě a realizaci Minimálního preventivního programu by se podíleli všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence. Při tvorbě a vyhodnocování Minimálního preventivního programu spolupracuje školní metodik prevence dle potřeby s metodikem prevence v pedagogicko – psychologické poradně. Tento dokument je zpracováván na jeden školní rok a podléhá kontrole České školní inspekci. Také je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy (46).

Výchovně vzdělávací působení uplatňované v rámci těchto programů musí respektovat životní realitu a musí být přizpůsobováno s ohledem na věk a osobnostní charakteristiky jedinců cílové skupiny (43).

Právě na Minimální preventivní program by měl navazovat program specifické

primární prevence, který je součástí místního a regionálního systému preventivního působení. Programy primární prevence by měly respektovat běžný provoz školy a podřizovat se základním principům a cílům preventivního působení v rámci školní docházky. Patří sem:

- a) integrace programu primární prevence do běžné školní výuky,
- b) podpora a rozvoj vlastních mechanismů školy pro podporu zdravého způsobu života,
- c) vytvoření podmínek pro efektivní spolupráci v rámci zařízení i s dalšími subjekty **(48)**.

Základními kompetencemi prevence v rámci podpory zdraví a zdravého životního stylu jsou zvyšování sociálních dovedností, vytváření pozitivního sociálního klimatu a formování postojů ke společensky akceptovaným hodnotám **(50)**.

1.3.3 Evaluace primární prevence

Evaluace a diagnostika jsou klíčovými nástroji zvyšování účinnosti prevence. Cílem evaluace preventivních aktivit je objektivní zjištění, které preventivní aktivity vykazují při působení na dospívající efektivitu a které naopak nejsou účinné. Výstupem evaluace nejsou kvantitativní údaje, ale komplexní poznatky, které se promítají do procesu preventivní intervence **(43)**.

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

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

Nutno však zdůraznit, že evaluace nemá být kontrolou ani dohledem nad studenty, nýbrž jen nástrojem k důkladnějšímu porozumění toho, co se odehrává uvnitř školy **(14)**.

Hlavním cílem evaluace je vymezení témat, která významně souvisejí s realizací

preventivního programu. Zaměření je orientováno do tří oblastí. První oblastí je **evaluace plánování preventivního programu** (navržené cíle, definování cílové skupiny, definování forem prevence,...), druhou oblastí je **evaluace průběhu preventivní intervence** (hodnocení realizace preventivního působení a postoje účastníků k programu,...) a poslední oblast představuje **evaluace výsledku preventivní intervence** (ověření, zda bylo dosaženo zamýšlených cílů, hodnocení kvality a efektivity preventivních programů,...) (43).

Evaluační proces je součástí komplexního preventivního programu. Výsledky procesu by měli sloužit především k rozvíjení a zkvalitnění stávajících programů a napomáhat ke zpomalení či zastavení nepříznivého vývoje společensky nepřijatelných jevů u dětí a mládeže v České republice (43).

1.4 Období dospívání

V základním – biologickém pojetí lze období dospívání definovat jako životní etapu, kdy dochází k pohlavnímu zrání, k plné reprodukční schopnosti a k dokončení tělesného růstu. Zároveň s biologickým zráním probíhá řada psychických a sociálních změn (36).

Etapa dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu dekádu života, a to od 10 do 20 let (Vágnerová I.). Proces dospívání můžeme rozvrhnout na období puberty a adolescence, přičemž období puberty nastupuje u jedince zpravidla mezi 10. – 12. rokem života a končí mezi 15. – 16. rokem (35).

Macek (37) období dospívání konkrétněji dělí na tři fáze:

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

1.4.1 Vývojové změny

Dospívání je charakterizováno dramatickými fyzickými, kognitivními,

sociálními a emocionálními změnami. Dospívající směřuje ke stále větší nezávislosti, hledá svoji novou identitu, zaměřuje se na svůj fyzický vzhled a potřebuje ve svém hledání cítit přijetí ze strany vrstevníků i vlastní rodiny. Ovšem všechny tyto významné změny, kterými mladý člověk prochází, jej činí zranitelným (38).

Se všemi vývojovými změnami nemusí být dospívající jedinec vždy zcela spokojen a ztotožněn. Nespokojenost je nicméně jednou z výrazných charakteristik pubescenta. Celé období dospívání je z pohledu proběhlých změn nesmírně náročné, plné komplikovaných situací, které jedinci ztěžují psychologickou jistotu (27).

1.4.2 *Návyková rizika u dětí a dospívajících*

Problematika drog a drogových závislostí je důležitá sama o sobě. Návykové látky mohou i dekompenzovat jiné duševní problémy dospívajících a jiné duševní poruchy (např. hyperaktivita s poruchami pozornosti) také zvyšují riziko problémů s návykovými látkami. Proto mají návykové látky u dětí a dospívajících specifická rizika (20).

Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících:

- Závislost se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebují dospělí často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců).
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování.
- Z obdobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky (69).
- U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné jasné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, emocionálního vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.)
- I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých odvětvích života (rodina, škola, trestná činnost atd.)

- Je zde také častější sklon zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje nebezpečí otrav a dalších komplikací.
- Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval mnohdy bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebného snažení **(55)**.

1.4.3 *Vliv školy*

Předpokladem naplňování cílů v oblasti prevence je vyučující - vzdělaný, odborně erudovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený odborník. Svou osobností se pozitivně podílí na vývoji sebeuvědomění žáka a je schopen přednášet za aktivní účasti dětí. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti nežádoucím jevům vyžaduje systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních **(49)**.

Dospívající se stává kritičtější k požadavkům učitele i ke školním normám, což se projeví ve vztahu ke školní práci i v chování. Starší žák už není ochoten akceptovat názory či rozhodnutí učitelů zcela automaticky, protože chce znát konkrétní smysl takového jednání. V interakci s učitelem se stává dospívající aktivnější a kritičtější než byl dříve, což mnohdy vede až k nepřiměřené kritice. Starší žák odmítá jakékoliv zdůrazňování formální nadřazenosti autority učitele, snaží se o rovnoprávnou diskuzi, čímž si chce vydobýt přijatelnou pozici, kdy je respektován a potvrzuje si vlastní hodnoty. Dospívající akceptuje autoritu učitele jen tehdy, když mu něčím imponuje **(78)**.

1.4.4 *Vliv rodiny*

Rodina je primárním činitelem socializace a má trvalý a významný vliv na vývoj a sebepojetí jedince **(22)**. Z hlediska společnosti rodina plní funkci biologickou,

ekonomickou, sociální a psychologickou. Pokud je ovšem některá z výše zmíněných funkcí plněna nedostatečně, může se stát, že se rodina stane zdrojem případného negativního vývoje, poruch chování a vzniku sociálně patologických jevů **(13)**.

Právě rodinné prostředí patří k nejdůležitějšímu sociálnímu prostoru, který má vliv na vznik sociálně patologických jevů. V rodině by se v rámci prevence však rodiče neměli zameřovat na konkrétní dítě, nýbrž se soustředit na celkovou rodinnou atmosféru, kterou dítě vnímá a vstřebává do svého života **(33)**.

Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů, které se mohou podílet na vzniku a rozvoji závislosti či na předcházení a překonání návykového problému **(56)**.

Některé rizikové faktory na úrovni rodiny:

- Výskyt jakékoliv neléčené návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko vzniku jakékoliv návykové choroby u dětí.
- Neexistující jasná pravidla týkající se výchovy dítěte.
- Nedostatek času na dítě, zvláště v ranném dětství.
- Nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání či sexuální zneužívání dítěte.
- Schvalování pití alkoholu a užívání drog.
- Špatné duševní a společenské fungování rodičů.
- Velmi těžké hmotné podmínky rodiny **(55)**.
- Nadměrná volnost a nedostatek kontaktu mezi rodiči a dítětem.
- Nadměrná kontrola a náročnost.
- Manipulativní jednání v rodině.
- Časté stěhování rodiny.
- Rozvod rodičů **(15)**.

Některé projektivní faktory v rodině:

- Jasná pravidla týkající se výchovy dítěte.
- Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v ranném dětství.
- Pozitivní hodnoty (např. vzdělání).

- Rodiče na výchově spolupracují.
- Rodiče alkohol, tabák a jiné drogy u dítěte netolerují.
- Rodiče jsou duševně zdraví.
- Styl výchovy je vřelý a středně omezující, tzv. „tvrdá láska“ **(55)**.
- Schopnost poskytovat dostatečné bezpečí a dostatek podnětů pro dítě.
- Dodržování dohod a důsledky selhání
- Chválení – zdroj sebevědomí **(15)**.

Rodina jako celek by měla vytvářet pozitivní výchovný a socializační styl, jehož hlavní důraz je kladen především na možnosti rozvoje, které jsou dítěti vlastní. Rodiče by si měli uvědomit, že za tyto možnosti nabídnuté dítěti musí převzat zodpovědnost, mohou je aktualizovat, takže dítě může bohatě rozvíjet své schopnosti, zájmy a dovednosti **(19)**.

1.4.5 Vliv vrstevníků

Dříve měli na své děti největší vliv rodiče, dnes se situace poněkud změnila. Na prvním místě v žebříčku autorit se přesunuli kamarádi a vrstevníci. Proto by si rodiče měly v rámci preventivních opatření důkladně všímat, s kým se jejich dítě kamarádí, respektive stýká **(3)**.

Důležitost vrstevníků jako činitelů socializace v adolescenci vzrůstá. Dospívající jsou svými vrstevníky značně ovlivňováni a chtějí být jimi akceptováni **(22)**.

Vrstevníci mohou v dospívání představovat významný rizikový faktor, pokud pijí alkohol, berou drogy, rebelují či se chovají protispolečensky. V opačném případě se ovšem mohou stát i činitelem ochranným **(56)**.

Dospívající se již zcela identifikuje s vrstevnickou skupinou. Může to být třída, ale i mimoškolní parta, kde mají jednoznačnou prioritu normy proti normám školy, které nebývají vždycky sociálně přijatelné. Tak vzniká další specifická kategorie poruchového chování v rámci party. Jedná se o organizované krádeže, různé projevy skupinového násilí, vandalismus, experimentování s alkoholem a drogami apod. Šikana

bývá v tomto věku systematictější, starší žáci si tímto způsobem posilují sebevědomí, ale také šikanované spolužáky nějak využívají (78).

Konformitu k vrstevnickému tlaku a tudíž i tendenci rizikově se chovat snižuje zejména zájem rodičů o činnost a problémy dětí, projevovaný cit a důsledná rodinná výchova (23).

1.5 Šikana

1.5.1 Charakteristika šikany

Šikana je zvláštní forma agrese a výrazně negativní fenomén, který deformuje lidské vztahy. Její následky jsou bohužel dlouhodobé a projevují se i v dospělosti. V poslední době stoupá jak výskyt šikany, a to hlavně v nižších věkových skupinách, tak i její intenzita a agresivita. Ačkoli je šikana odsuzována jako nemorální, více než 3/4 svědků se chová pasivně (20).

Cílem šikany je záměrně ublížit oběti, přičemž existuje znatelný nepoměr sil, převaha agresora nad obětí, kdy se obvykle tyto akty opakují v čase. K dalším znakům šikany patří zejména manipulativní chování s druhými, otevřená i skrytá agrese, nedostatek vcítění se do pocitů druhých, absence tolerance a respektu vůči odlišnosti druhých (72).

Znaky šikany u školních dětí:

- Jedná se o přímou agresi, tzv. tváří v tvář, spočívající ve fyzickém násilí či v jeho hrozbě, v krutém ponižování a zesměšňování,
- Oběť je předmětem šikany opakovaně,
- A oběť není schopna účinné ochrany. (20)

Formy šikany:

- Fyzická agrese a používání zbraní – bití pěstmi, strkání, kopání, škrcení, přivazování, dušení, aj.

- Slovní agrese a zastrašování zbraněmi – vyhrožování zabitím, mučením, násilím, vysmívání se oběti, rodině oběti, nadávání, zesměšňování aj.
- Krádeže, ničení a manipulace s věcmi – braní peněz, svačín, školních pomůcek, trhání či rozřezání oblečení, plivání či polévání bot aj.
- Násilné a manipulativní příkazy- rozkazování, manipulace s obětí.
- Zraňování izolací, oklikou a „uměleckými“ výtvary – ignorace, pomlouvání, ponižující kresby, básničky aj. (29)

1.5.2 *Vznik a vývoj šikany*

Toto problémové chování se rozvíjí v důsledku neuspokojení nebo deformování základních potřeb dítěte. V této spojitosti jde velmi často o nenaplněnou potřebu lásky, komunikace a zařazení se do určitého společenství nebo o malou stimulaci k vytvoření pozitivních životních cílů (47).

Fáze šikany:

1. Ostrakismus – nejnižší stupeň - jedinec bývá vytlačen z kolektivu, je ostatními spolužáky ignorován a zesměšňován.
2. Fyzická agrese a manipulace – objevuje se ve vypjatých okamžicích, kdy je kolektiv postaven do tíživých situací, např. odjezd na hory, pololetí apod. Oběť se stává vypouštěcím ventilem napětí, na kterém si agresor vylévá svůj vztek.
3. Vytvoření jádra – ve třídě se objevuje skupinka jedinců, která vládne. Vzniká pyramida šikanování, kolektiv je zde nemocný šikanou a dochází k naprostému pokřivení sociálních vazeb skupiny.
4. Většina přijímá normy agresorů – role ve třídě jsou téměř rozděleny, je zde tzv. skupina pánů a skupina otroků, kteří nemají mnoho sil k obraně. Přesto je však v tomto stadiu ještě možný zásah zvenčí, žáci hlídají, zda je při šikaně někdo nepřistihne.

5. Totalita – třída je již pevně rozdělena – jsou zde vládcové a ti, co slouží. Všichni agresory poslouchají a učitel již ztrácí jakoukoli možnost zásahu, protože jeho slova jsou na nižší úrovni než slova agresora **(29)**.

V rámci školy odpovídají za systémové aktivity školy v oblasti prevence šikanování a násilí ředitelé škol. Vychází přitom z komplexního pojetí preventivní strategie, která je ve smyslu Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č. j. 20 006/2007-51 a z Metodického pokynu ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení č. j. 24 246/2008-6 **(48)**.

Cílem předkládaného metodického pokynu ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení je upozornit na závažnost šikanování a poskytnout pedagogickým pracovníkům základní informace k prevenci a řešení tohoto specifického problému. Dle tohoto pokynu je základem prevence šikanování a násilí na školách podpora pozitivních vzájemných vztahů mezi žáky (a mezi žáky a učiteli) a podpora bezpečného prostředí školy **(48)**.

1.5.3 Kyberšikana

Specifickým druhem šikany je kyberšikana, též zvaná jako počítačová šikana, kybernetická šikana či cyberbullying. Využívá elektronické prostředky jako jsou mobilní telefony, e-maily, internet, blogy a podobně. Její nejobvyklejší projevy představuje zasílání obtěžujících, urážejících či útočných mailů a SMS, vytváření stránek a blogů obětí **(7)**. Kyberšikana je v médiích uváděna jako novodobá forma šikany. Její výskyt je úzce spojen se vzrůstající dostupností mobilních telefonů a internetu v domácnostech ČR **(34)**.

Kyberšikana může sloužit k posilování klasických forem šikany, nejčastěji prostřednictvím nahrání scény na mobilní telefon a jejího následného rozeslání známým dotyčného, popřípadě vystavení na internetu. Zvláště poslední varianta šikany je extrémně nebezpečná. Pokud se spojí s nějakou velmi ponižující situací, takovéto

zveřejnění ponižujících materiálů ohromnému množství lidí mnohonásobně zvyšuje utrpení a trauma oběti, což na ni může mít extrémně neblahý dopad. Nověji se velmi rozšířilo zesměšňování prostřednictvím komunitních sítí (např. Facebook). A vzhledem k prudkému rozvoji sociálních sítí se dá předpokládat, že se kyberšikana bude zvyšovat (7).

Závěry českého výzkumu potvrdily to, co dlouhodobě naznačují výsledky zahraničních výzkumů prováděných např. v USA, Velké Británii a dalších zemích - téměř polovina českých dětí je vystavena některé z forem kyberšikany (46,8 %). V rámci výzkumu byly sledovány nejčastější projevy kyberšikany, mezi které patří např. dehonestující útoky (nadávání, urážení nebo ponižování realizované pomocí SMS zpráv, e-mailů, v chatu a publikací zesměšňujících fotografií, audio nebo audiovizuálních nahrávek), vyhrožování a vydírání, útoky na elektronické účty (e-mailové, diskuzní atd.) a jejich manipulaci, případně zneužití např. ke kyberšikaně. Z těchto projevů jsou děti nejčastěji vystaveny nadávkám nebo ponižování v rámci SMS zpráv, e-mailů, v chatu nebo diskuzi (15,8 %), dále musí řešit např. napadení svého elektronického účtu (13,5 %) nebo výhrůžky a zastrašování (8,9 %) (34).

Za určitých okolností může šikanování / kyberšikanování přerůst až do forem skupinové trestné činnosti a v některých zvláště závažných případech může nabýt i rysy organizovaného zločinu (47).

1.6 Patologické hráčství

1.6.1 Definice

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) se patologické hráčství řadí mezi Návykové a impulzivní poruchy, ne mezi závislosti (55).

Patologické hráčství bývá obvykle definováno jako časté, opakované epizody hráčství, které v životě člověka dominují nad jeho sociálními, materiálními, rodinnými a pracovními hodnotami a závazky (62). I přes nepříznivé sociální a ekonomické důsledky se jedná o poruchu progresivního typu a podstatně častěji se objevuje u mužů

než u žen. **(81)**. Mezi mládeží výherní automaty přitahují především chlapce a často je gambling spojen s dalšími poruchami chování jako jsou toulky či užívání alkoholu a drog **(31)**.

K označení jednání jako patologického hráčství vedou následující diagnostická kritéria dle MKN-10:

- v období jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizody hráčství,
- tyto epizody pro jedince neznamenaají žádný zisk, přesto v nich pokračují navzdory osobní nepohodě a narušování ve fungování v denním životě,
- jedinec popisuje obtížně kontrolovatelné intenzivní puzení ke hře, které nelze zastavit vlastní vůlí,
- jedinec je zcela zaujat myšlenkami na hru nebo představami spojených s touto činností **(13)**.

1.6.2 *Vznik a vývoj*

Příčina vzniku návykových poruch včetně patologického hráčství je multifaktoriální. Etiologicky významnými činiteli jsou geneticky podmíněné dispozice, vnější vlivy (reklamy, herny, vrstevníci,...) tak i osobnostní vlastnosti jedince (impulzivita, snížená tolerance k frustraci, egocentrismus, agresivita...), **(13)**.

Patologické hráčství se vyvíjí ve třech fázích:

1. Fáze výher = občasné hraní. Tato fáze nepřináší větší problémy, začínají se objevovat fantazie o velké výhře. Pokud se tyto pocity dostaví, urychlí celý proces, neboť jedinec touží zopakovat výhru. Člověk začíná hrát častěji a zvyšuje sázky. Objevuje se první vytahování o výhře, později se vyskytují první prohry a následné lži o výhře.
2. Fáze prohrávání = skrývání svého jednání před blízkými. Hra je v této době financována většinou z půjček a dluhů, přičemž se objevují první pokusy o

přerušení hraní. V této etapě vznikají problémy v zaměstnání i v rodině. Hráč začíná být neklidný, podrážděný a často se uzavírá do sebe.

3. *Fáze zoufalství* = vážné ublížení na pověsti hráče kvůli dluhům či možným trestním stíháním. Gambler řeší tuto situaci hrou, sněním o velké výhře a dalším prohráváním. Důvod svých potíží nevidí jedinec v sobě, ale ve společnosti, lituje se, propadá depresím a pocitům beznaděje. Rodina se většinou rozpadá. Hojným východiskem se stává abúzus alkoholu či jiných návykových látek (81).

V současnosti se v České republice zatím nevěnuje dostatečná pozornost souvislostem mezi patologickým hráčstvím a mladistvými. Gambling je většinou spojován s populací dospělých. Ovšem z mnohých zahraničních studií vyplývá, že patologické hráčství představuje v populaci dospívajících vysoké latentní riziko (75). Kupříkladu výzkumy z USA ukazují, že téměř každý mladý Američan má zkušenost s hraním a 3,2 – 8,4 % z nich již může mít vážné problémy v důsledku hraní (66).

Bohužel stále častěji zaplňuje protigamblerské programy mládež, pro kterou je v současné době hazardní hra symbolem pro rychlé zbohatnutí. Patologické hráčství představuje vysoké latentní riziko v dospívající populaci, přesto mu však v mnoha případech není věnována dostatečná pozornost (79).

1.7 Kouření tabákových výrobků

1.7.1 Definice kouření

Kouření nikotinových cigaret patří v současné době k nejrozšířenějším epidemiím na celém světě. V České republice kouří k nynějšímu stavu asi jedna třetina dospělé populace a v Evropě se řadíme mezi prvních pět států s nejvyšší spotřebou cigaret na osobu (60).

Při kouření tabákových výrobků jde v podstatě o vdechování cigaretového kouře, který obsahuje velké množství jedovatých chemických sloučenin v podobě plynů a tuhých částic (mj. oxid uhelnatý, čpavek, formaldehyd a především vysoce návykový

nikotin) (62).

Za zdroj závislosti na tabáku je považován nikotin, který se při kouření cigaret uvolňuje do kouře a společně s dehtem se dostává do organismu. Nikotin aktivuje mozkové okruhy regulující pocity uspokojení, avšak jeho účinek po krátké době vyprchá a dostaví se nepříjemné abstinenční příznaky (60).

Prudká otrava nikotinem spočívá v narušení funkcí vegetativního nervového systému a projevuje se bolestí, pocením, nevolností, závratěmi, skleslostí, bolestí hlavy a průjmem. Chronická otrava nikotinem neboli nikotinismus se vyskytuje u kuřáků kouřících více než 20 cigaret denně. Nikotinismus se projevuje:

- nespavostí, která druhotně vyvolává labilitu nálad a pokles pozornosti
- chronickým zánětem dýchacích cest
- střídáním zácpy a průjmu, zvýšenou produkcí moči
- zvracením
- poruchami tepové frekvence
- sníženou ostrotí čichu a chuti
- vznikem zánětů až vředů v oblasti žaludku
- u mužů sníženou potencí až impotencí
- u žen poruchami menstruačního cyklu, v případě gravidity větším výskytem potratů, či poškozením plodu (62).

Dle Světové zdravotnické organizace je na kouření nahlíženo jako na nemoc, která má i svou diagnózu (F 17.2) a její abstinenční projevy jsou vnímány jako projevy nemoci. Pokud člověk začne kouřit, postupně se jeho závislost rozvíjí jak po fyzické tak po psychosociální stránce a rapidně se zhoršuje jeho zdravotní stav. Negativní dopady kouření lze snížit pouze tím, jestliže kuřák přestane kouřit. Základním kamenem léčby závislosti na nikotinu je především kuřákova motivace s kouřením skoncovat (60).

1.7.2 Příčiny kouření

Příčiny kouření mají multifaktoriální charakter. Důvody, proč lidé kouří, lze členit do tří kategorií. Jsou to především:

- psychologické faktory, které se na vzniku kuřáckého návyku vysvětlují v rámci různých teorií, široce přijímán je model vycházející z teorie učení. Lidé se stávají kuřáky, protože kouření je pozitivně posilováno, např. sociální ocenění z řad vrstevníků u začínajících kuřáků, rychlé rozeznání situací, v nichž je kouření odměňováno;
- sociální faktory - úzce souvisí s psychologickými. Zde se podílí na vzniku kuřáctví vliv prostředí (např. rodinní příslušníci kouří – rodiče, sourozenec, vliv vrstevníků a přátel);
- vliv vlastních cigaret - jejich dostupnost, snadná aplikace apod. (60).

Multifaktoriální podmínění kouření přispívá též k argumentu, že odvykání kouření je jedním z nejtěžších psychoterapeutických úkolů. Tou nejlepší formou zabránění tomu, aby se kouření nemuselo odvykat, je předcházet jeho vzniku. Jednou z pozoruhodných metod, které jde zároveň i o tvorbu zdravého životního stylu, je tzv. nácvik sociálních dovedností, jež umožňují v co nejranějším věku zátěžové situace zvládat (61).

Především v období dospívání se u kouření uplatňuje působení vrstevníků. Kouření je ve vrstevnické skupině sdíleným chováním, které má úlohu potvrzení příslušnosti ke skupině. Proto je pro mladého člověka velmi obtížné zůstat nekuřákem v partě kuřáků (60). V řadě případů bývá cigareta tzv. vstupenkou do party či je pro dotyčného zakázaným ovocem. Často si však děti a dospívající neuvědomují vysokou míru návykovosti a žijí v přesvědčení, že jde o pouhý experiment a že s kouřením mohou kdykoli přestat (61).

1.8 Alkoholismus

Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v našem sociokulturním

prostředí značně akceptovatelnou drogou. Po celém světě je alkohol běžně dostupnou látkou a spolu s cigaretami je propagován prostřednictvím masivních reklamních kampaní zaměřených především na mladé lidi (13).

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašením sacharidů. Tato látka byla vyráběna a používána již v dobách dávných civilizací, např. při náboženských obřadech, později však stále častěji jako běžný nápoj. Ovšem pojem „alkoholismus“ jako nadměrná konzumace alkoholických nápojů vznikl až v polovině devatenáctého století a teprve v roce 1951 byl díky Světové zdravotnické organizaci alkoholismus označen za medicínský problém (26).

V současnosti je rozšířen po celém světě jako droga legální. Česká republika patří dlouhodobě ke státům s největší spotřebou alkoholických nápojů, průměrně se spotřeba alkoholu pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na každého obyvatele za rok (26).

1.8.1 Účinky alkoholu

Psychoaktivní účinky alkoholu jsou podmíněny především požitým množstvím alkoholu a mají komplexní charakter. Na výsledném efektu, na projevech chování se podílejí dispozice biologické (kondice, zdravotní stav, osobnostní dispozice), psychologické (očekávaný efekt, nálada) a vlivy sociální (prostředí, kde se alkohol konzumuje, působení dalších osob) (27).

Podle hladiny alkoholu v krvi můžeme rozdělit intoxikaci alkoholem do čtyř stádií:

- Lehká opilost – alkoholémie do 1,5 g/kg – nazývána jako excitační stádium, člověk je výřečný, přátelský, sebejistější.
- Opilost středního stupně – alkoholémie 1,6 – 2 g/kg – tzv. hypnotické stádium, kdy je člověk netaktní, hlučný.

- Těžká opilost – alkoholémie více než 2 g/kg – označováno jako narkotické stádium, kdy přichází únava, ospalost a zvracení.
- Těžká alkoholová intoxikace se ztrátou vědomí – alkoholémie nad 3 g/kg – hrozí riziko bezvědomí, zástavy dechu a oběhu (26).

Mezi základní nežádoucí účinky v oblasti fyzického zdraví patří závažná alkoholická podvýživa, nechů k jídlu, onemocnění jater, oslabená imunita organismu, roste riziko infekcí a nádorového bujení. Poškození psychické charakteru představují podoby abstinenčního syndromu či poruchy spojené s chronickým pitím. Jedná se o vztahovačnost, podrážděnost, žárlivost, halucinace, alkoholickou demenci při postupném odumírání mozkových buněk, těžké deprese se sebevražednými sklony. Nejznámější jsou poruchy spojené s abstinenčním syndromem při náhlém přerušení užívání alkoholu, kdy již za několik hodin vzniká třes, který je u mnohých alkoholiků záminkou k rannímu pití. Dramatickým stavem je delirium tremens, který nastupuje po přerušení těžkého abúzu alkoholu. Jedinec má hrozivé halucinace, je neklidný, třese se, potí se, zvrací, je dezorientovaný. Delirantní stav může být životu nebezpečný, pokud není postiženému poskytnutá kvalifikovaná pomoc. Ustupuje po několika hodinách, ale může trvat až tři dny (2).

1.8.2 *Vznik a rozvoj alkoholismu*

Riziko vzniku závislosti na alkoholu je znatelně vyšší u psychicky labilních lidí, dále u lidí trpících duševními poruchami a poruchami chování, u jedinců s nespokojenými interpersonálními vztahy, s nízkým sebehodnocením či s psychicky náročnou prací. Riziko vzniku závislosti na alkoholu zvyšují i další faktory jako jsou neurovnané rodinné vztahy, schvalování alkoholu a drog v rodině, sexuální zneužívání. (62).

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dispozičně – expoziční model“, který říká, že čím výraznější jsou faktory dispoziční (biologické, genetické, osobnostní), tím menší podíl expozice je nutný a naopak. Vždy jde však o komplexní

působení řady faktorů (26).

Závislost se vyvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období škodlivého užívání. Je ale dokázané, že riziko vzniku závislosti roste s nižším věkem konzumace (55).

Fáze závislosti

1. *Počáteční, tj. prealkoholická fáze* - trvá obvykle půl roku až dva roky. Bývají pro ni typické společenské motivy, pocity euforie při požívání alkoholu a postupem času jedinec pije, aby rozpustil psychickou tenzi. V této fázi se zvyšuje tolerance k alkoholu, což vede ke zvyšování dávek.
2. *Varovná, tj. prodromální fáze* – lze jí označit jako předzvěst vlastní závislosti, kdy jedinec pije častěji a vyšší dávky, začíná pít kdykoli pocítuje zátěž, vše považuje za vhodné oslavy a dochází i k tajnému pití. Objevují se racionalizační tendence a pocit, že má pití pod kontrolou. Konečným znakem této fáze bývá izolace od společnosti, nedůvěra a nespolehlivost u ostatních lidí.
3. *Rozhodná, tj. kruciólní fáze* - tolerance na alkoholu stále roste, pravidelně dochází k opilosti, jedinec ztrácí kontrolu nad množstvím vypitého alkoholu a vyskytuje se u něj zvýšená agresivita. Dochází k pracovním i rodinným neshodám, též jedinec může přicházet o přátele. V tomto stadiu pocítují lidé ranní nevolnost, kterou zahání opětovným pitím.
4. *Konečná, tj. terminální fáze* - osobnost alkoholika se hroutí, alkoholik je opilý celý den a stačí již velmi malé množství alkoholu, aby se opil do němoty. Na fyzické úrovni se dostavuje třes, na úrovni psychické pocity úzkosti, poruchy vnímání a myšlení. Výjimkou nejsou ani alkoholické psychózy (62).

Užívání alkoholických nápojů mezi mladými lidmi se výrazně rozšířilo a bylo provázáno vysokou spotřebou již od 90. let minulého století. Dvě třetiny českých dětí požily alkoholické nápoje ještě před dosažením třináctého věku života, nejčastěji to bývá na rodinných oslavách, na pivních slavnostech, vinobraní, kdy alkohol jim často

nabízí sami rodiče (59).

Značným narůstajícím problémem dospívajících je excesivní pití ve snaze dosáhnout co nejdříve stavu opilosti. Popularita této „zábavy“ stoupá v posledních letech a to zejména u dívek. Mezi hlavní důvody tohoto jednání patří rychlé dosažení dobré nálady, řešení problémů nebo snaha se začlenit do vrstevnické skupiny (61).

Konzumace alkoholu v období dospívání bývá spojena s dalšími riziky, včetně užívání dalších drog, nechráněným sexem nebo projevy agrese. Alkohol je i příčinou mnoha úmrtí mladistvých následkem úrazu, násilí nebo dopravních nehod. Bohužel z údajů léčebných zařízení vyplývá, že věková hranice osob závislých na alkoholu se trvale snižuje (61).

Důvodů tohoto nepříznivého trendu může být několik. Jednak je to náš vysoce tradiční a tolerantní postoj k nadměrné konzumaci alkoholických nápojů, včetně pití mladých lidí. Například pivo je u v České republice považováno za nápoj, nikoli za alkohol. Zásadním faktorem je také neomezená dostupnost alkoholických nápojů, cenová i místní. Významným činitelem jsou i zákonná opatření, která jsou velmi často nedodržována, protože nejsou systematicky kontrolována, ať už se jedná o alkohol či tabákové výrobky. V této oblasti hraje klíčovou roli také zlepšení systému kontroly dodržování zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami, konkrétně se jedná o § 12, který upravuje zákaz prodeje a podávání alkoholických nápojů (59).

1.9 Drogy a drogová závislost

1.9.1 Droga

Termín droga má více významů. Kupříkladu v Úmluvách OSN označuje látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení jak fyzické tak psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické či fyziologické procesy v organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí

psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nelegální. Ovšem kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt (21).

Obecně známou definicí termínu droga bývá charakteristika zahrnující dva základní aspekty. Drogou se označuje každá přírodní či syntetická látka, která:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. že ovlivňuje naše vnímání, prožívání reality, mění vnitřní naladění člověka, zkrátka ovlivňuje psychiku,
2. má schopnost vyvolat závislost, existuje tedy jakýsi potenciál závislosti, který je u různých drog větší či menší, ale přítomen je vždy (41).

Rozdělení drog

Dle Kaliny (26) se návykové látky mimo alkoholu a tabáku dělí do několika skupin:

- a) Konopné drogy (marihuana, hašiš)
- b) Halucinogenní drogy (LSD, lysohlávky a ostatní přírodní drogy)
- c) Stimulancia (kokain, pervitin)
- d) Opioidy a opiáty (heroin, braun, metadon)
- e) Taneční drogy (extáze)
- f) Těkavé látky
- g) Léky vyvolávající závislost (analgetika, sedativa, anxiolytika)

1.9.2 Drogová závislost, její vznik a vývoj

Drogovou závislost lze definovat jako souhrn psychických a somatických změn, které vznikají jako následek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Různé druhy

drog mají různé účinky a odezvy působení, vyvolávají tedy různé typy závislosti. Rozlišujeme závislost:

- a) fyzickou (somatickou, biologickou) – jde o stav adaptace organismu na návykovou látku, který je doprovázen zvyšující se tolerancí a při vysazení se objevuje abstinenční syndrom,
- b) psychickou – jedná se o potřebu užívat drogu opakovaně či trvale pro navození libých prožitků nebo naopak odstranění těch nepříjemných či zatěžujících, jedinec užívá drogu pro uspokojení (76).

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje syndrom závislosti jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy. Definitivní diagnóza závislosti by se měla určit až ve chvíli, dojde-li během jednoho roku ke třem či více z těchto jevů:

- silná touha či puzení brát drogu, tzv. carving,
- potíže v sebeovládání při užívání drogy,
- zvyšování tolerance k účinku drogy, tj. vyžadování vyšších dávek k dosažení stejného účinku, ke kterému dříve stačila dávka menší,
- tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána za účelem zmenšení příznaků vyvolaných předchozím užíváním této látky, ke zmírnění odvykacího stavu se někdy užívá látka s podobnými účinky
- postupné zanedbávání jiných koníčků a aktivit ve prospěch užívané látky a větší množství času k získávání, užívání drogy či zotavení se z jejího účinku
- pokračování v užívání drogy přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (55).

V posledních letech je moderní dívat se na různé lidské problémy, včetně problému drogové závislosti, z *bio-psycho-socio-spirituálního pohledu*. Tato teorie vzniku závislostního chování předpokládá existenci rizikových faktorů ať už biologické, psychologické, sociální či duchovní povahy. Můžeme tedy říci, že pravděpodobnost

vzniku drogové závislosti se zvyšuje nepříznivou souhrou těchto činitelů **(60)**.

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v době dospíváním, jelikož se obecně zvyšuje tendence experimentovat a zároveň chybí zkušenosti a náhled na vlastní zranitelnost. Rozvoj vzniku závislosti je proces komplexní proměny v oblasti somatické, psychické i sociální **(25)**.

Vývoj vzniku drogové závislosti můžeme rozdělit do 4 fází:

- 1) *Experiment*: jedinec bere drogy s druhými, poznává euforické zážitky, droga mu poskytuje žádoucí pocity. Mezi základní spouštěče experimentu řadíme nudu, zvědavost, touhu poznat něco nového či uniknout před něčím nepříjemným. Zdraví, pracovní způsobilost ani finanční stránka jedince není narušena. Z pocitů převládá zvědavost.
- 2) *Stádium aktivního vyhledávání*: jedinec se vyděluje z původního okruhu přátel a sdružuje se s ostatními uživateli. Už si může vytvářet vlastní zásobu drog, za které utrácí peníze. Zdraví je sice ještě nenarušené, ale už se objevují první dojezdy a kocoviny. Pracovní činnost může být již dotčena. Na emoční úrovni vyhledává jedinec slast, ale prožívá i dysforie.
- 3) *Stádium zaujetí drogou*: spotřeba drog se zvyšuje, s ní roste i suma utracených peněz. Jedinec je distancován od původního prostředí a mění své postoje a názory. Již se objevují poruchy výživy a spánku. Pracovní výkony se znatelně zhoršují. Na pocitové úrovni jsou obvyklé výkyvy nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy.
- 4) *Stádium závislosti*: všichni jeho přátelé berou drogy, jedinec bere často i sám a vysoké dávky, projevuje se vyšší tolerance k droze. V osobním životě jedinec ztrácí práci, lže, krade, půjčuje si peníze na dluh. Zdraví je narušeno fyzickými i psychickými problémy. Drogy užívá, aby se cítil normálně, je plně zaujat drogou. Touze po droze se postupně podřizuje celý jeho život. **(85)**

Škála užívání:

- abstinence,
- experimentální užívání – jednorázové zkušenosti, nejvýše 2-3krát,
- rekreační užívání - příležitostné / pravidelné - součástí životního stylu, nepůsobící zdravotní či sociální problémy,
- problémové užívání – dlouhodobé/injekční – může způsobovat vážné zdravotní či sociální problémy,
- závislé užívání – nepřetržité a pravidelné – určující životní styl a působí vážné poškození somatického, psychologického a zdravotního charakteru (70).

1.9.3 Příznaky užívání návykových látek

Některé následující příznaky nemusí nutně znamenat užívání návykových látek, ovšem ukazují na potíže, které vyžadují zvýšenou pozornost a profesionální přístup k jedinci. Mezi tyto nenápadné symptomy patří například tajnůstkaření, zhoršení školního prospěchu, změna přátel, zájmů, vzhledu či stravovacích návyků (56).

Mezi nápadné příznaky řadíme kupříkladu kouření, deprese, stahování se do sebe, ospalost, náhlé hubnutí či tloustnutí, vyloučení ze školy, ponocování mimo domov, změna přátel a známých (15).

Zjevnými a neklamnými znaky závislosti na drogách jsou však stopy po vpichách na rukou, zřetelně rozšířené či zúžené zorničky, přítomnost pomůcek k užívání nebo drog samotných v osobních věcech, domácí krádeže peněz, cenností a léků (3).

1.10 Závislost na komunikačních médiích a informačních technologiích

Závislost na komunikačních médiích, tj. kdy člověk není schopen snést nedostatek média, mají v současnosti dvě podoby:

- jedinec vyžaduje sluchové či vizuální podněty na pozadí své činnosti, jinak se necítí dobře, nemůže se soustředit,

- jedinec upřednostňuje působení média před všemi ostatními činnostmi (fyzické, psychické, sociální,...), které proto postupně upadají a s nimi i kvalita života v některých oblastí (práce, rodina,...) (27).

1.10.1 Závvislost na internetu

Netománie (Netholismus) neboli závvislost na internetu úzce souvisí se závvislostí na počítačích a počítačových hrách. Nejčastěji se objevuje u osob mezi 20 až 35 let a jedná se primárně o závvislost psychickou nikoli fyziologickou. Lze jí přirovnat k patologickému hráčství, rozdíl mezi netomany a gamblery je malý. U obou je přítomna ztráta sebeovládání a silná touha po chování, které přináší příjemné prožitky. S tímto jevem však souvisí i jisté potíže, které můžeme rozdělit na fyzické (poškození očí, krční páteře,...), psychické (pokles pozornosti, intelektu,...), sociální (snížení vzájemné interakce, komunikace s okolím,...) (62).

Internet zaručuje anonymitu, možnost přetvoření pravé identity a odstraňuje překážky v komunikaci. Nabízí bezproblémové naplnění své potřeby (erotické stránky – ztráta zájmu o osobní kontakt a partnery, chatománie – bezproblémová a bezbariérová komunikace s dalšími osobami z bezpečného prostředí např. domova a odstranění obav z přímé konfrontace. Ta se postupně vytrácí a nahrazuje ji virtuální komunikace.) Toto se velmi často objevuje ve virtuálním světě, jako jsou chatové programy, burzy, online okruhy, aukce, nakupování, pornografie, počítačové hry, aj. Nejčastějšími znaky jsou obsedantní myšlenky jedince při práci s internetem a následuje časté snížení sebekontroly při užívání internetu a neschopnost přerušit práci, které později přerůstá v patologické prožívání a mnohdy i jednání (63).

Potíže související s netománií:

- Fyzické – poškození krční páteře, vady držení těla, zhoršení funkcí krevního oběhu, poškozování očí jako následku stálého dívání se na obrazovku.

- Psychické – celkové přetěžování, resp. zahlcování informacemi, obtížné soustředění se, klesající pozornost, u menších dětí pokles intelektových schopností.
- Sociální – počítač se stává náhražkou vzájemné interakce a komunikace, snížení výrazových schopností, snížení sociální schopnosti v oblasti komunikace **(81)**.

1.10.2 Závislost na počítačových hrách

Chování a prožívání adolescenční subkultury počítačových her je nevhodně ovlivňováno rodiči, kterým tento svět zůstává neznámý a ne nebezpečný. Někteří odborníci se tudíž domnívají, že nejde o mentální poruchu, nýbrž o problém způsobený neznalostí a zanedbáváním rodičů **(27)**.

Mezi základní motivační faktory hraní počítačových her patří:

- člověk vnímá počítač jako vždy dostupného partnera,
- hra jedince nediskriminuje, naopak nabízí možnost kompenzace či seberealizace,
- ve hře se hráč může chovat společensky odsuzovanými způsoby,
- možnost nekonečného experimentování,
- soutěživost **(16)**.

V současnosti se můžeme setkat s různými typy počítačových her. Nejčastějšími typy jsou však hry sportovní, dobrodružné, akční, strategické či tzv. simulátory **(16)**.

Mnohdy může dojít u hráčů k nepříjemným pocitům, agresi či dokonce zhroucení v momentu ukončení hry, nápisu GAME OVER. Toto nepřiměřené prožívání jedince bývá již známkou vznikající či již vzniklé závislosti **(81)**.

Hraní počítačových her, stejně jako jiné závislosti, s sebou přináší také svá rizika. Mezi okamžitá zdravotní rizika excesivního hraní patří nedostatek pohybu, epilepsie, snížení prosociálního chování se zvýšenou agresivitou a desenzitizací vůči

násilí. Především v oblasti násilí a agresivity je hraní počítačových her mnohem nebezpečnější variantou, jelikož se na násilí hráč podílí aktivně, než například v televizi či v kině (27).

1.10.3 Závislost na mobilním telefonu

Zvláštním projevem neadekvátního chování v současné době je i nadměrné používání mobilních telefonů. Jinak užitečný předmět se velice rychle stává dětmi a dospívajícími lehce zneužívaným. Denně můžeme být svědky tzv. mobilmanie, kdy mladí lidé tímto způsobem utrácejí nejenom spoustu času ale i peněz, které jim zřejmě dávají rodiče. Opět se tedy setkáváme s neblahým vlivem rodičů, kteří si takto mohou kompenzovat zanedbávání dítěte (74).

Mobilní telefon poskytuje služby klasických médií, počítače, internetu i hrací konzole. Lze tedy předpokládat, že v budoucnosti bude z hlediska závislostního chování patřit k nejobávanějším příčinám závislosti. V současné době u klientů nejčastěji pozorujeme:

- Neustálé telefonování.
- Posílání a přijímání SMS zpráv.
- Sex po telefonu a jiné placené služby (74).

Rizika užívání mobilních telefonů můžeme rozdělit do několika skupin:

- 1) V některých případech, kdy je mobilní telefon stresorem, se mohou objevit somatické obtíže jako je např. nervozita, úzkostné poruchy, snížená schopnost soustředění se, bolesti hlavy, poruchy spánku.
- 2) V běžných i náročných životních situacích člověk přestává spoléhat sám na sebe, neprocvičuje si základní sociální dovednosti.
- 3) Rizikem může být i narušení sociálních kontaktů, kdy zazvonění telefonu vytrhne člověka ze sociální situace, ve které se právě nachází. Do této

oblasti patří i udržování běžných kontaktů prostřednictvím mobilního telefonu. V kontaktu jsou lidé sice stále, ale nikoli osobně.

- 4) Rodiče si mohou u svých dětí vynahrazovat nedostatek času či zájmu, pořídí jim tudíž mobilní telefon. Ovšem výchova po telefonu zdaleka nedokáže suplovat osobní rodičovskou péči.
- 5) Mobilní telefon je možností úniku z tíživé situace. Například v případě společenské situace, kdy se má jedinec zapojit do společnosti, ale místo snahy o zapojení se někomu zavolá nebo píše zprávy (62).

Zvláštním rizikem mezi dětmi a mládeží je v tom, že mobilní telefon může sloužit jako symbol či znak sociálního statutu a může být zdrojem či spouštěčem pro šikanování (82).

1.11 Sexuální život dospívajících

Pro období puberty je typický vznik užšího přátelského vztahu s osobou stejného pohlaví. V těchto důvěrných vztazích, přetrvávajících často až do dospělosti, mladí lidé sdílejí své pocity a zkušenosti. Posléze se začíná projevovat zájem o osoby opačného pohlaví, který je zpočátku velmi nejistý a tápavý. Mezi 13. a 15. rokem dochází obvykle k prvnímu zamilování, většinou neopětovanému (73).

Tělesné dospívání je spojeno s rozvojem erotických pocitů a myšlenek. Mladí v tomto věku dovedou mluvit o sexu se svými kamarády, ale s partnerem ze stydlivosti o tomto tématu nehovoří (76).

V pubertě dochází k integraci sexuální identity, reaktivity a preference. Vývoj sexuálního chování je přitom podmíněn rozvojem sexuálních emocí, k jejichž rozvinutí dochází právě především v období puberty a adolescence (69).

V ČR je poměr sexuálně zkušených adolescentů poměrně vysoký, v šestnácti letech je to polovina. Zlomovým se při tom jeví věk 15-16 let, kdy absolvuje svůj první pohlavní styk až 72,5 % ze sexuálně aktivních jedinců (68).

1.12 Statistiky

1.12.1 *Statistiky šikany*

Podle výsledků výzkumů provedených odborníky v různých typech škol se odhaduje, že je průměrně šikanováno asi 20 % žáků ZŠ a SŠ. Zmapování šikany je velice obtížné. Zejména lehčí formy a počáteční stádia šikanování zasahují velkou část školní populace. Také popírání existence šikany a její zlehčování přispívá nejen k nevědomosti o její přítomnosti, ale i k nemožnosti účinně zasáhnout v oblasti prevence nebo potlačení tohoto krutého a nelítostného světa strachu a násilí **(49)**.

Z dotazníkového šetření, které provedlo sdružení Aisis v roce 2005 plyne, že nejčastější formou šikany, kterou ve třídě zažívají více než dvě třetiny šikanovaných dětí je posmívání, pomluvy a nadávky. Fyzickou šikanou (fackování, kopání či rány pěstí) trpí nejméně každý desátý šikanovaný. 21 % dětí je šikanováno každý den, 25 % každý týden, 22 % zhruba jednou měsíčně a 31 % nejméně jednou za rok. Ve čtvrtině případů šikanovanému pomohla třídní učitelka či kamarádi (shodně 25 %), pomoc rodičů přišla v 12 %. Bohužel v 21 % nepomohl nikdo **(53)**.

1.12.2 *Mezinárodní projekt ESPAD*

V devadesátých letech bylo v ČR provedeno několik reprezentativních šetřeních zaměřených na zjištění rozsahu kouření, užívání alkoholu a drog u adolescentní mládeže. Specifické místo mezi těmito studii má mezinárodní projekt ESPAD **(8)**.

Hlavním cílem Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) je shromáždit srovnatelné údaje o užívání návykových látek mezi patnáctiletými až šestnáctiletými evropskými studenty za účelem sledování trendů v jednotlivých zemích a jejich vzájemného srovnávání. V rámci projektu ESPAD dosud proběhly čtyři vlny sběru dat. První studie byla provedena v roce 1995 a účastnilo se jí 26 zemí, zatímco sběr dat v roce 2007 proběhl v 35 státech **(11)**.

K experimentálnímu užívání nejčastěji dochází ve věku dvanáct až dvacet pět let. Začíná se první cigaretou nebo pivem ve dvanácti až čtrnácti letech, mezi šestnáctým až dvacátým rokem se objevuje konopí, extáze nebo tvrdý alkohol. Jen u mála mladých dochází v důsledku užívání drog v průběhu adolescence k závažným a trvalým poškozením. Zneužívání drog, které může vést k závislosti na drogách, definujeme jako situaci, při níž je daná osoba konfrontována s přímými či nepřímými negativními (zdravotními, duševními a dalšími) důsledky. Zneužívání drog je mnohdy příznakem dalších problémů v osobním životě, např. psychických problémů (deprese), absence stabilního rodinného prostředí, emoční nestability nebo sociální deprivace (14).

Česká republika se v roce 2007 zapojila již počtvrté do Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která je určena ke zmapování užívání alkoholu a jiných návykových látek (tabáku a nelegálních drog) mezi mládeží ve věku 15-16 let. V porovnání s předchozím obdobím byla zaznamenána stabilizace situace v oblasti zkušeností mládeže s nelegálními drogami. Oproti roku 2003 došlo k poklesu zkušeností se všemi sledovanými drogami s výjimkou konopných látek. U konopných látek je stav srovnatelný s rokem 2003. Nárůst zkušeností pozorovaného od poloviny 90. let se tedy zastavil. Zároveň došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (s výjimkou konopných látek) a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím (12).

Nejčastěji uváděnou nelegální látkou byla a je marihuana. Celkem 22 % respondentů v roce 1995 a již 35 % v roce 1999 uvedlo alespoň jednu osobní zkušenost s marihuanou nebo hašišem. Mezi lety 1999 a 2003 nebyl již nárůst tak prudký. V roce 2003 uvedlo užití marihuany nebo hašiše 43,6 % dotázaných. Zkušenosti s marihuanou byly v roce 2007 (45,1 %) v podstatě stejné jako při výzkumu v roce 2003. Na následujících místech se objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9,1 %), s užitím halucinogenních hub (7,4 %) a s čicháním rozpouštědel (7,0 %). Zkušenosti s LSD (5,0 %), extází (4,6 %) a amfetaminy (3,5 %) jsou nepřilíš časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain jsou v populaci šestnáctiletých minimální (2,0 %, resp. 1,1 %). Také se opětovně potvrdily rozdíly v užívání drog mezi pohlavími, chlapci uvádějí větší zkušenosti s nelegálními drogami než dívky (12).

Denně kouří (tabákové výrobky) cigarety 25 % šestnáctiletých, z nich je téměř 8 % silných kuřáků (vykouří denně více než 11 cigaret). Mezi chlapci bylo v roce 2007 téměř 24 % denních kuřáků, u dívek byla prevalence denního kouření vyšší a to 26,8%. V porovnání s rokem 2003 můžeme zaznamenat mírný pokles denního kuřáctví z 27 na 25 % (12).

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

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

- 1) u většiny sledovaných drog došlo ke snížení prevalence jejich užívání, výjimkou jsou konopné látky (marihuana), kde se situace nezměnila;
- 2) k výraznému poklesu došlo v případě užívání extáze, což může mít souvislost s odezníváním zájmu o velké technopárty a se zvýšenou kontrolou organizovaných tanečních akcí, včetně lepší prevence v této oblasti (12).

1.12.3 Věk prvního užití drogy

Václavův výzkum, prováděný v roce 2006 na základních školách, ukazuje na průměrný věk prvního užití drog či jiných vybraných nedrogových závislostí.

Experimentovat s kouřením tabákových výrobků začínají děti v průměru v 10,3 letech a pravidelně kouří od 11,2 let. Primární prevence však přichází okolo 12. roku věku, tedy až po prvních pokusech. Průměrný věk pro první požití alkoholu je ještě nižší a to 9,6 let, přičemž jsou nejčastějším zdrojem podání alkoholu rodiče, příbuzní a následně kamarádi. Primárně preventivní působení. Primární prevence užívání alkoholu přichází v tomto případě také pozdě, rovněž okolo 12. roku dítěte.

U nezákonných drog je věk prvního experimentu 13,1 let a věk pro pravidelné užívání 14,5 let. 15,2% dotázaných uvedlo, že užili drogu ze zvědavosti, 12,8% z vlastního rozhodnutí, 2% na radu kamaráda a 1,7% chtělo jejím užitím řešit nějakou krizi. Ani v tomto případě není primární preventivní působení realizováno před samotným experimentem, na školách se objevuje kolem 14. roku.

Další zkoumanou oblastí bylo používání počítače a mobilních telefonů. V neposlední řadě se výzkum zaměřil také na výskyt gamblingu a šikany. Z výsledků plyne, že děti vlastní počítač od 9,8 let a mohou ho téměř neomezeně používat. Nejvíce je počítačová technika spojena s chatovacími programy a hraním her.

Mobilní telefon dotazovaní průměrně vlastní od 9,8 let. Čtvrtina dotázaných uvedla, že při nemožnosti telefonovat, posílat či přijímat SMS zprávy prožívá téměř nesnesitelné pocity. Primární prevence se v oblasti používání mobilních telefonů na školách téměř nerealizuje.

Gambling neboli hraní na výherních automatech začínají děti zkoušet již ve 12 letech, a však preventivní dění na toto téma začíná kolem 14. roku.

Z výsledků je také zřejmé, že průměrný věk pro setkání se šikanou je 9,6 let. Preventivní programy podporující stmelování kolektivu a tedy předcházení šikany přichází až kolem 12. roku **(80)**.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce je zmapovat oblasti primárně preventivního působení na základních školách. Současně dle jejich včasnosti a zastoupení prevence vybraného rizikového chování provést vyhodnocení účinnosti primární prevence.

Dalším cílem je zmonitorovat výskyt rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol.

2.2 Hypotézy práce

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

H1: Hlavní odrazující popud při zapojení dítěte do rizikového chování vychází od rodičů.

H2: Primární prevence není realizovaná v návaznosti na účinný přístup efektivní prevence tj. dva až tři roky před vlastním experimentem s rizikovým chováním.

H3: Primární prevence ve školách je v oblasti nedrogových závislostí nedostatečná.

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Výzkum byl realizovaný na náhodně vybraném vzorku respondentů u žáků 2. stupně 9. tříd základních škol v regionu Příbramsko. Školy byly vybrány kvótním náhodným výběrem, přičemž kvótou byla lokalita sběru dat, dále věk respondenta a jeho pohlaví. Vzhledem k velkému počtu respondentů proběhlo celé šetření kvantitativní metodou technikou anonymních dotazníků. Dotazník obsahuje 28 otázek, přičemž se jedná se o otázky uzavřené a polouzavřené, použity byly i otázky škálového typu (viz. Příloha 1). Dotazník je rozdělen do několika částí. První část zahrnuje identifikační údaje respondenta, druhá část pokrývá rozsah výskytu rizikového chování a věk první vlastní zkušenosti s rizikovým chováním. Poslední část dotazníku je zaměřena na účinnost jednotlivých forem primární prevence v oblasti konkrétního rizikového chování

Dále byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou obsahové analýzy dat, získaných z Minimálních preventivních programů základních škol, které byly osloveny pro kvantitativní výzkum. Tyto údaje byly komparovány s daty získanými kvantitativním výzkumem.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořili žáci 9. tříd základních škol v regionu Příbramsko. Sběr dat probíhal na 5 základních školách. Celkem bylo rozdáno 230 dotazníků, přičemž 7 jich bylo vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění, kdy zařazení těchto odpovědí by značně mohlo zkreslit výsledky celého výzkumu. Zastoupení respondentů dle pohlaví bylo v pořádku. Na všech základních školách byla návratnost dotazníkového šetření 100 %. Celkem tedy výzkumný soubor tvořilo 223 respondentů. Poměr počtu dotazovaných žáků jednotlivých škol je téměř vyrovnaný. Vyplňování dotazníků proběhlo v rámci vyučování bez časového omezení v předmětu občanská a rodinná výchova, jehož

zájmem je i primární prevence rizikového chování. Vedení všech škol ve vyplnění dotazníků během vyučování neviděl problém, naopak jej následně využili k další diskuzi v rámci primární prevence. Žáci dotazník bez větších komplikací samostatně vyplnili a dle slov vyučujících jim toto šetření nijak nevadilo.

Dále jsem z výše zmíněných základních škol požádala vedení škol a školní metodiky prevence o poskytnutí aktuálních Minimálních preventivních programů, abych na základě získaných informací provedla jejich obsahovou analýzu. Minimální preventivní programy byly různorodé, mnohdy obtížné na vyhodnocení, avšak základní konstrukci vzorové osnovy Minimálního preventivního programu splňovaly více či méně všechny. Návrh osnovy Minimálního preventivního programu je v Příloze 3. Takto získaná data jsem pro upřesnění podle potřeby konzultovala s jednotlivými školními metodiky prevence daných škol.

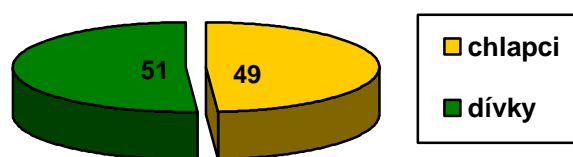
Výzkum byl realizován v měsících březnu a dubnu roku 2010. Domluva s řediteli jednotlivých škol byla dobrá, vedení i pracovníci školních poradenských pracovišť mi v této oblasti vyšli velice vstřícně. Základní školy i celé znění jejich Minimálních preventivních programů zachovám v anonymitě, kde jsem nucena toto vykonat z důvodu požadavku vedení a statutárních zástupců škol.

Pro zpracování dat byly užity skupinové sloupcové a výsečové grafy. Hodnoty v grafech jsou v procentech či v absolutních číslech.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

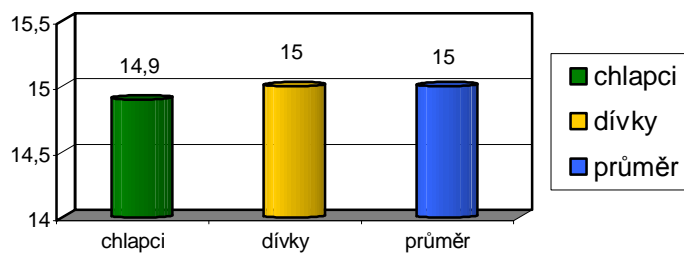
Otázka č. 1, Graf 1: **Pohlaví respondentů** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

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

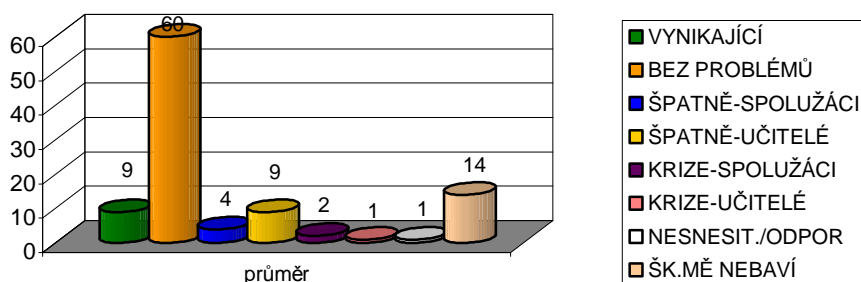
Otázka č. 2, Graf 2: **Věk respondentů** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

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

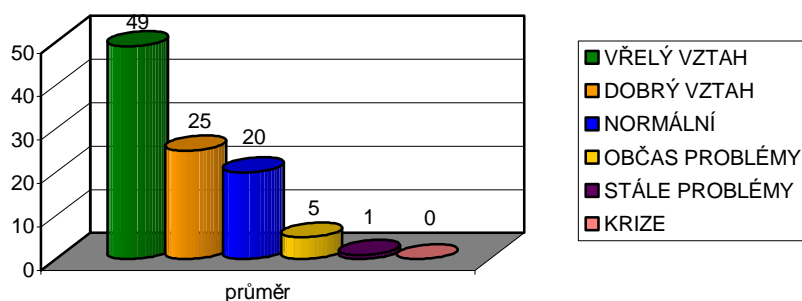
Otázka č. 3, Graf 3: **Atmosféra školního prostředí** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Bez problémů či velmi dobře se ve škole cítí většina dotazovaných a to 60 %. 14 % respondentů škola nebaví. Za povšimnutí stojí údaj, že 9 % žáků se ve škole cítí špatně kvůli problémům s některými učiteli.

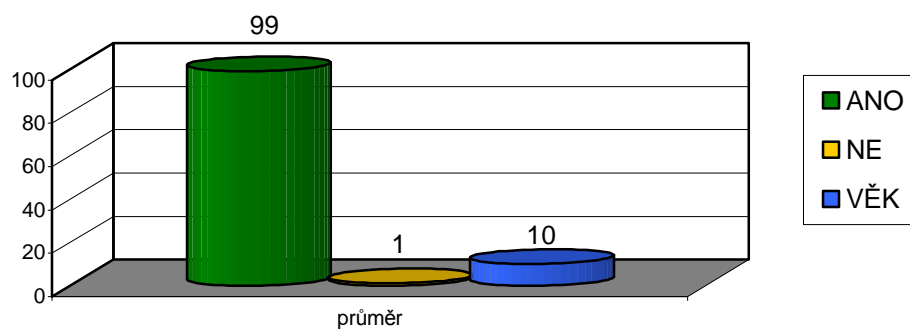
Otázka č. 4, Graf 4: **Hodnocení rodinného prostředí** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Téměř ¾ respondentů má s rodiči vřelý či dobrý vztah, 20 % dotazovaných považuje rodinnou situaci za normální a u 6% se vyskytují stálé či občasné problémy.

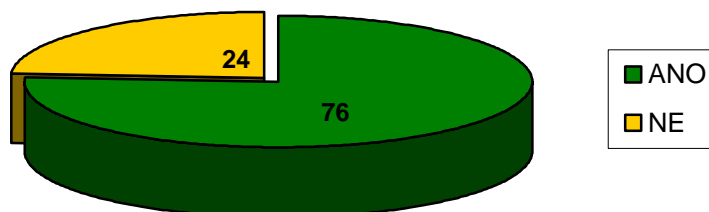
Otázka č.5 , Graf 5: **Zkušenost s alkoholem** (v %)



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Z grafu plyne, že průměrně má zkušenost s alkoholem 99 % dotazovaných a pouhé 1 % dotazovaných zkušenost ještě nemá. Průměrný věk prvního kontaktu s alkoholem je 10 let.

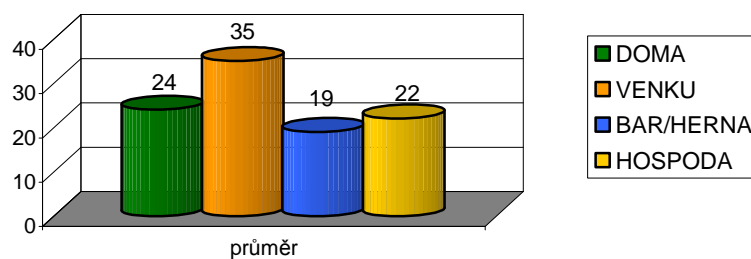
Otázka č. 6, Graf 6: **Zkušenost s opilostí** (v %)



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Průměrně 76 % žáků se již opilo. Zbýlých 24 % respondentů opilost alkoholem nevedla.

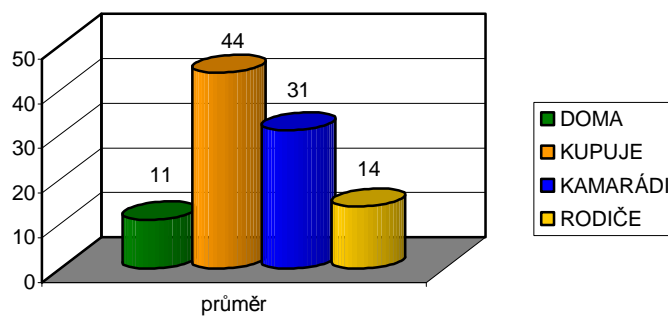
Otázka č. 7, Graf 7: **Místo konzumace alkoholu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi nejčastější místa konzumace alkoholu v průměru žáci zařadili v 35 % možnost „venku“. Následuje odpověď „doma“ (24 %) a „v hospodě“ (22 %). Průměrně 19 % žáků zvolilo možnost „bar herna“. Respondenti mohli uvést více možností.

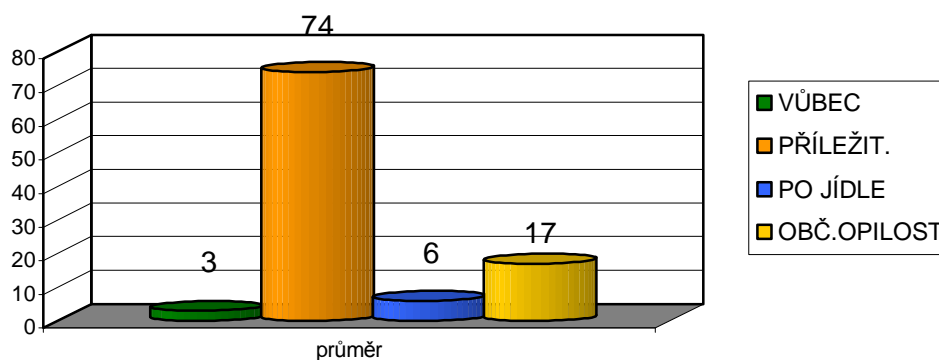
Otázka č. 8, Graf 8: **Zdroj alkoholu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastějším zdrojem alkoholu je, jak z grafu plyne, jeho kupování, 44 % respondentů nemá s nákupem alkoholu problém. Dalším uváděným zdrojem alkoholu jsou v 31 % kamarádi. V průměru zbylých 25 % zahrnují zdroj „doma“ nebo „rodiče“. Respondenti mohli uvést více možností.

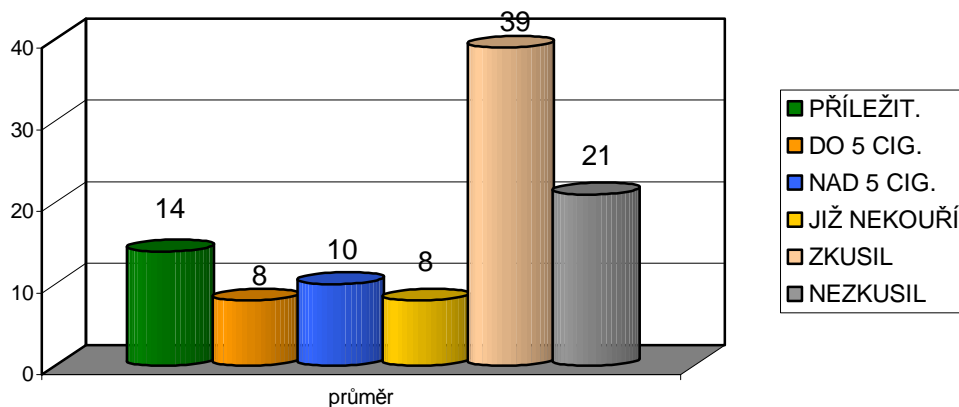
Otázka č. 9, Graf 9: **Frekvence pití alkoholu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Dohromady 74 % žáků pije alkohol příležitostně. Následující nejčastější odpovědí byla „občasná opilost“ (17 % dotázaných). 6 % žáků pije alkohol denně / po jídle a 3 % vůbec.

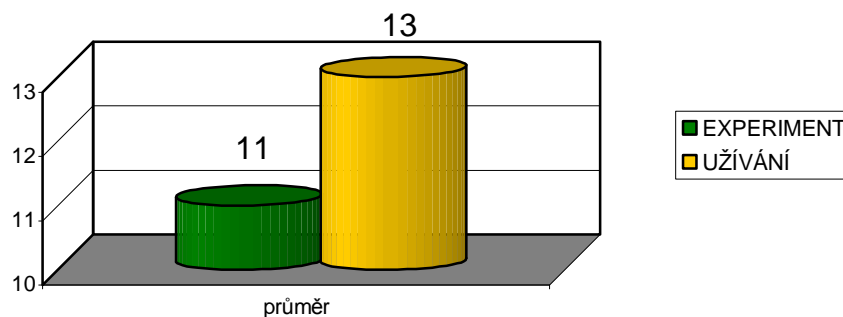
Otázka č. 10, Graf 10: **Kouření tabákových výrobků** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V průměru 39 % dotázaných již zkusilo kouřit tabákové výrobky. Příležitostně kouří 14 % žáků. Pravidelné kuřáctví se vyskytuje u 18 % dotázaných, z toho 8 % kouří do 5 cigaret denně a 10 % více jak 5 cigaret denně. 8 % respondentů již nekouří a 21 % žáků ještě tabákový výrobek nezkusilo.

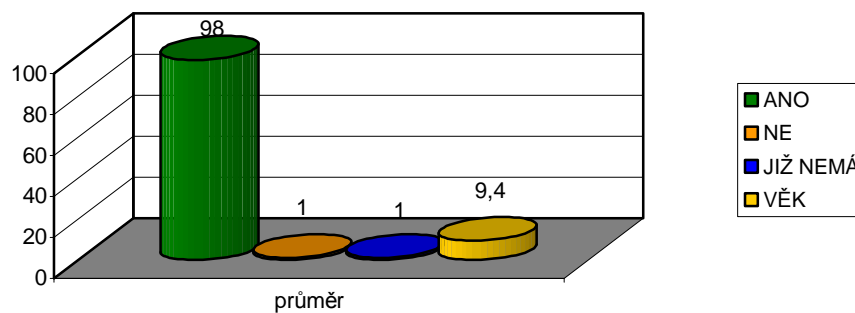
Otázka č. 11 a č.12, Graf 11: **Věk experimentu s tabákem a věk pravidelného užívání tabáku** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

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

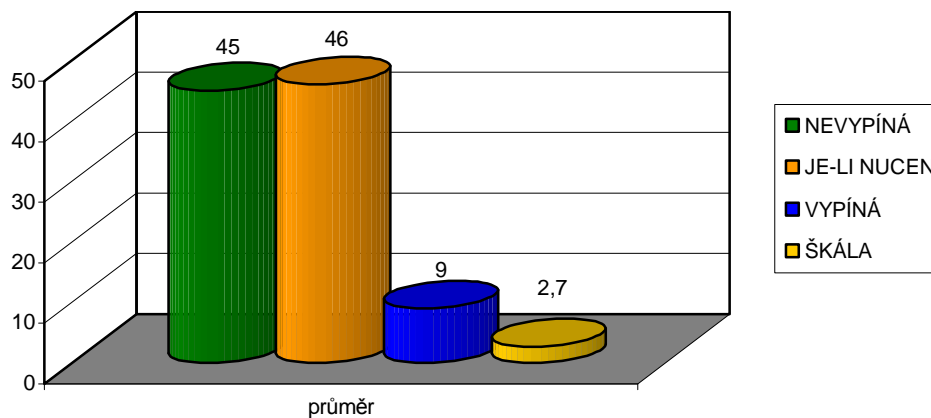
Otázka č. 13, Graf 12: **Vlastnictví mobilního telefonu** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že téměř všichni dotazovaní vlastní mobilní telefon (98 %) a průměrný věk pořízení jeho pořízení je 9,4 let.

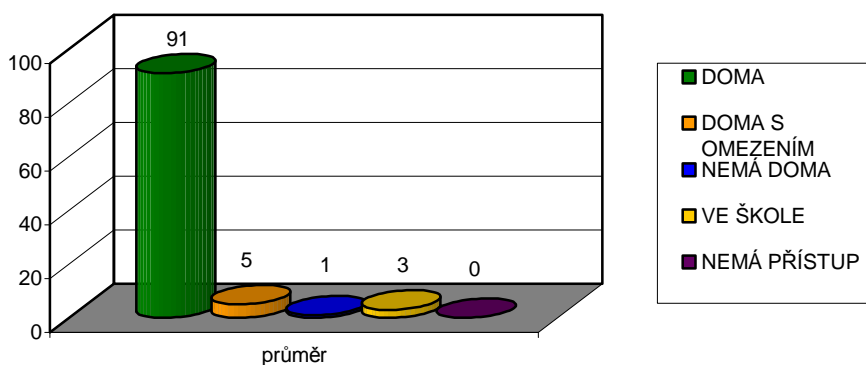
Otázka č. 14 a č. 15, Graf 13: **Riziko vzniku závislosti na mobilním telefonu** (v %, v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Pouhých 9 % respondentů si vypne mobilní telefon bez problémů, zbylých 91% mobilní telefon nevypíná vůbec nebo jsou-li nuceni. Na hodnotové škále, která značí nepříjemné pocity při nemožnosti komunikace prostřednictvím mobilního telefonu průměrně dotazovaní označili pozici 2,7 (1- naprosto mi to nevádí; 5 - mám velmi nepříjemný pocit).

Otázka č. 16, Graf 14: **Přístup k počítači** (v %)

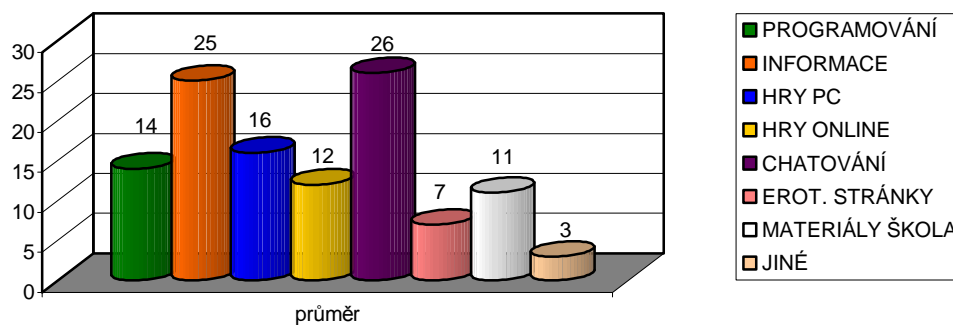


Zdroj: Vlastní výzkum

Většina respondentů má možnost využívat počítač doma a to celých 96 %. Z těchto dotazovaných je pouhých 5 % doma při práci s počítačem omezováno. 1 %

nemá přístup k počítači vůbec a 3 % využívají počítačovou techniku ve škole. Žádný z respondentů nevedl možnost, že přístup k počítači nemá.

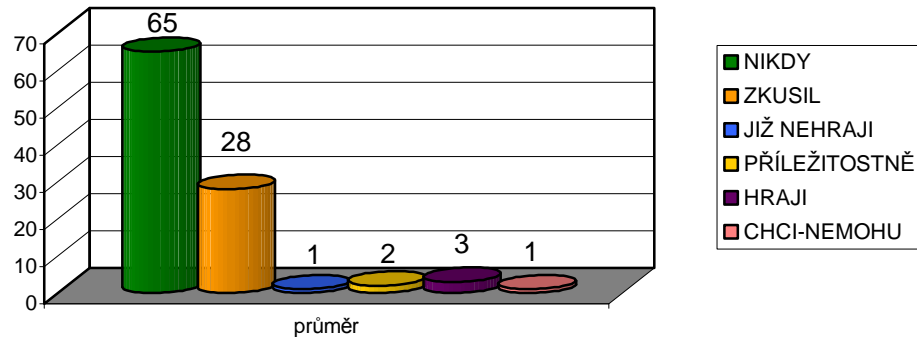
Otázka č. 17, Graf 15: **Využívání PC techniky** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

PC technika je zejména využívána ve 26 % k chatování (především uváděno ICQ, Facebook) a ve 25 % ke sbírání informací na internetu. Více jak ¼ žáků používá počítač ke hraní her (PC hry, online hry) a 14 % dotazovaných uvedlo možnost programování (tvorba videí, fotek, vlastních programů). Dále je z grafu zřejmé, že ke školní práci používá počítač 11 % žáků a erotické stránky navštěvuje 7 % dotazovaných. Zbýlé 3 % využívá počítač k ostatním účelům.

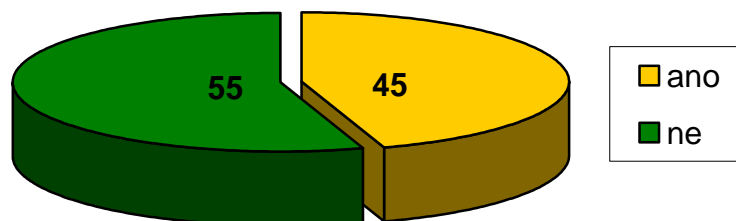
Otázka č. 18, Graf 16: **Zkušenost s gamblingem** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

65 % dotázaných nemá zkušenost s hrou na výherních automatech. 28 % žáků tuto zkušenost má. Průměrně 2 % respondentů hraje příležitostně, 1 % již nehraje, 3 % hraje pravidelně a 1 % by automaty hrálo, ale nemá na to peníze.

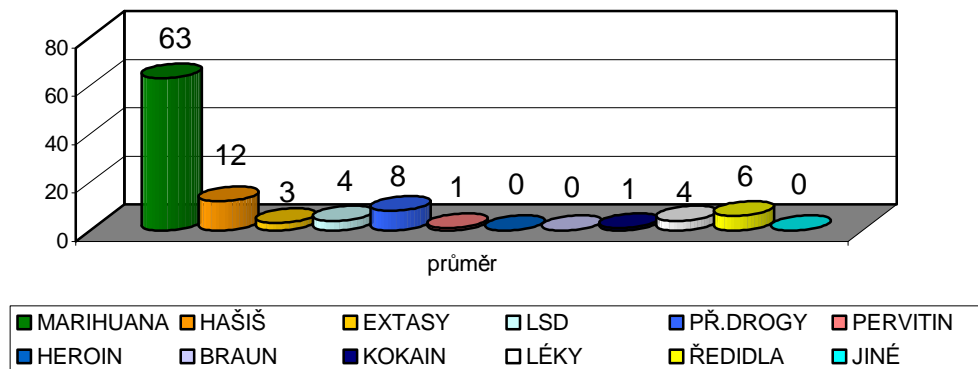
Otázka č. 19, Graf 17: **Vlastní zkušenost s ilegální drogou** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

45 % všech dotázaných má zkušenost s ilegální drogou. 55 % respondentů tuto zkušenost dle svých výpovědi nemá.

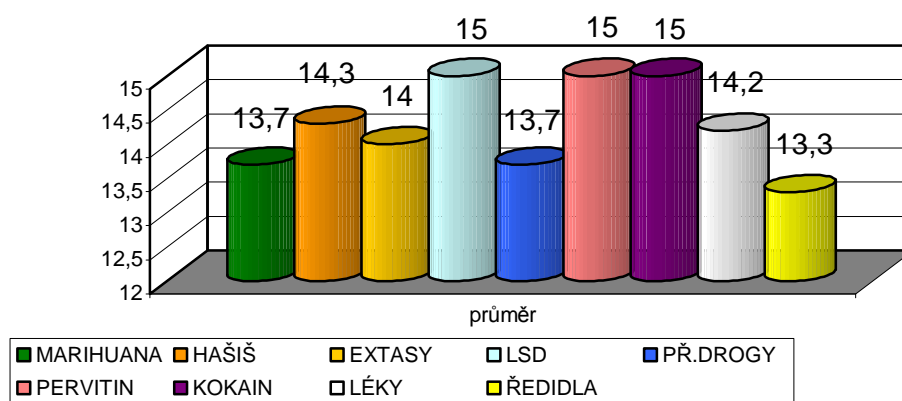
Graf 18: Užití dle typu drog (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

63 % dotazovaných užilo marihuanu, 12 % žáků užilo hašiš, 3 % užilo extázi, 8 % žáků užilo přírodní drogy a 4 % si vzalo lék, aniž by je něco bolelo. 4 % respondentů užilo LSD, pervitin 1 %, 6 % již užilo ředidla a 1 % kokain. Heroin a braun neuvedl žádný dotazovaný.

Graf 19: Užití dle věku žáků (v absolutních číslech)

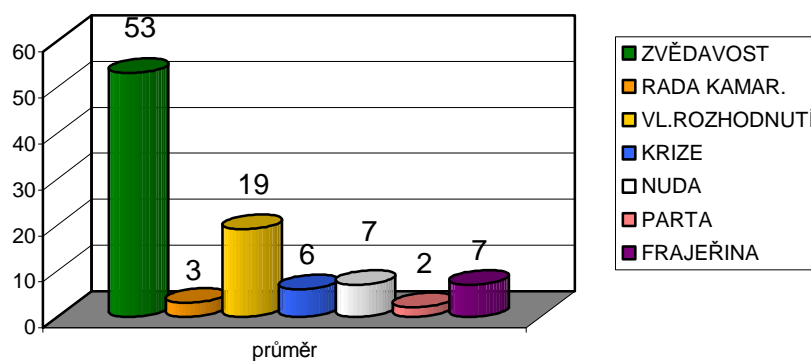


Zdroj: Vlastní výzkum

Marihuanu žáci poprvé užili průměrně ve 13,7 letech, hašiš ve 14,3 , extázi ve 14, LSD v 15, přírodní drogy ve 13,7 , pervitin v 15, kokain ve 15, léky ve 14,2 a ředidla ve 13,3 letech věku, přičemž výsledky týkající se LSD, kokainu, pervitinu a

ředidel jsou statisticky nevýznamné z důvodu velmi nízkého zastoupení respondenty.

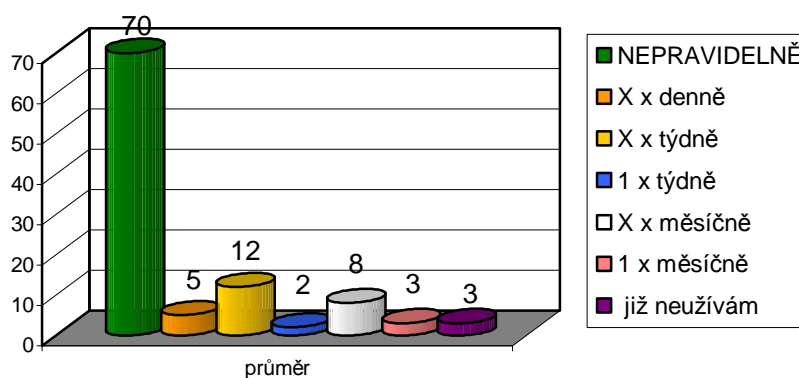
Otázka č. 20, Graf 20: **Důvod užití drogy** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ti, co drogu užili uvedli jako nejčtenější důvod zvědavost (53 %). Poté následuje v 19 % vlastní rozhodnutí. 7 % žáků užilo drogu z nudy, 3 % žáků si vzalo drogu na radu kamaráda, 6 % uvedli jako impuls pro užití krizi a 7 % jí užili z frajeřiny. 2 % respondentů uvedli odpověď, že požili drogu proto, aby se nezesměšili v partě.

Otázka č. 21, Graf 21: **Frekvence užívání drog** (v %)

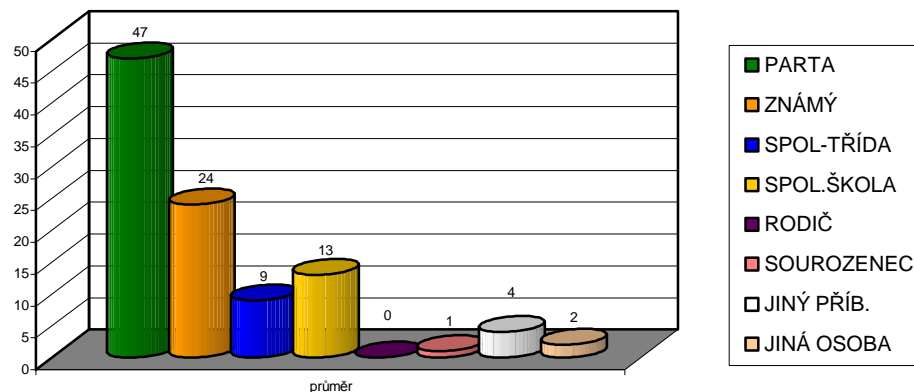


Zdroj: Vlastní výzkum

Z těch, co drogu užili či užívají jich 70 % užívá drogu nepravdělně. 8 % dotazovaných užívá drogy několikrát do měsíce, 2 % jednou týdně, 3 % jednou

měsíčně, 12 % několikrát týdně, 5 % vícekrát denně a 3 % drogy již nežívá.

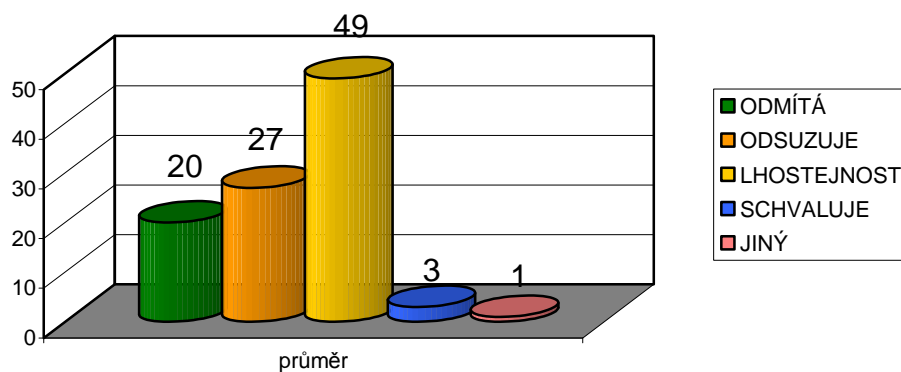
Otázka č. 22, Graf 22: **Zdroj drog** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Téměř v polovině případů se stává zdrojem drog parta (47%), následuje ve 24 % známá osoba. Spolužáci ze třídy či ze školy jsou zdrojem drog dle respondentů v 22 %. Zbýlých 7 % se dělí mezi rodinné příslušníky a ostatní.

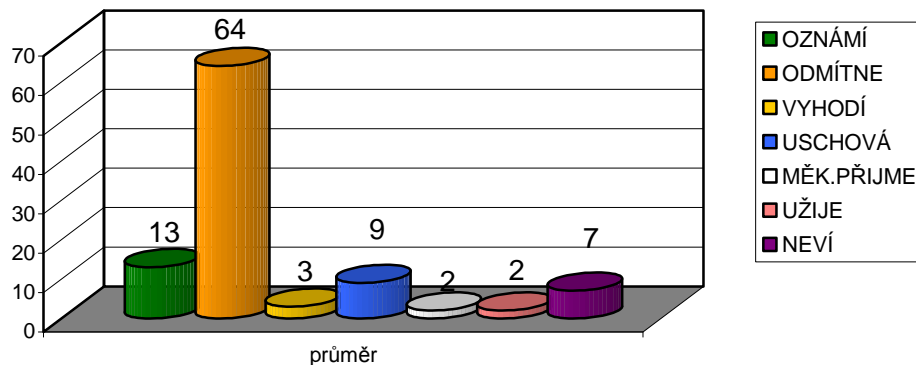
Otázka č. 23, Graf 23: **Postoj k drogám** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

V průměru 49 % žáků má lhostejný postoj k drogám, je jim to tzv. jedno. Braní drog odmítá či odsuzuje 47 % dětí. 3 % žáků užívání drog schvaluje a 1 % uvedlo jinou možnost.

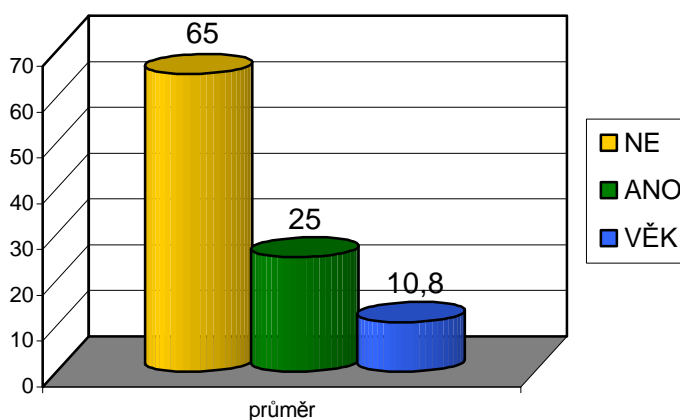
Otázka č. 24, Graf 24: **Reakce při nabízení drogy** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější reakcí na nabídku drog bylo odmítnutí (64 %). 9 % respondentů by drogu přijalo a uschovalo. 2 % žáků by měkkou drogu přijalo, tvrdou odmítlo. 13 % žáků by toto oznámilo, 3 % by drogu přijalo a vyhodilo, 2 % by ji užili a 8 % neví, jak by se zachovalo.

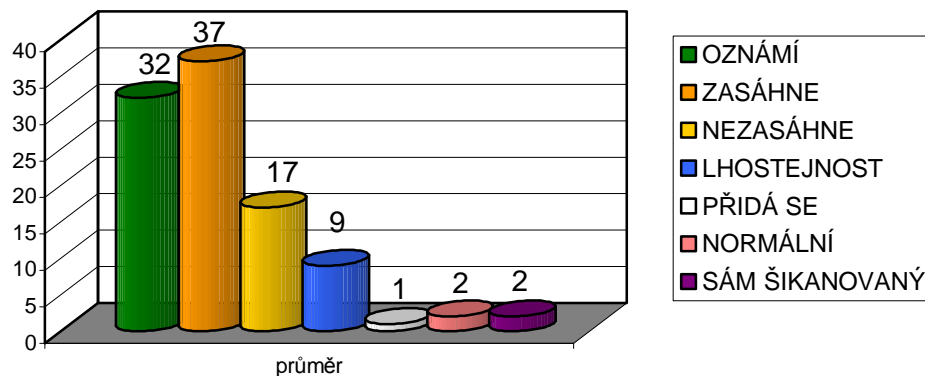
Otázka č. 25, Graf 25: **Zkušenost se šikanou** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zkušenost se šikanou má ¼ respondentů, 65 % uvedlo odpověď „ne“. Průměrný věk, ve které se s opakovaným ubližováním setkali, je 10,8 let.

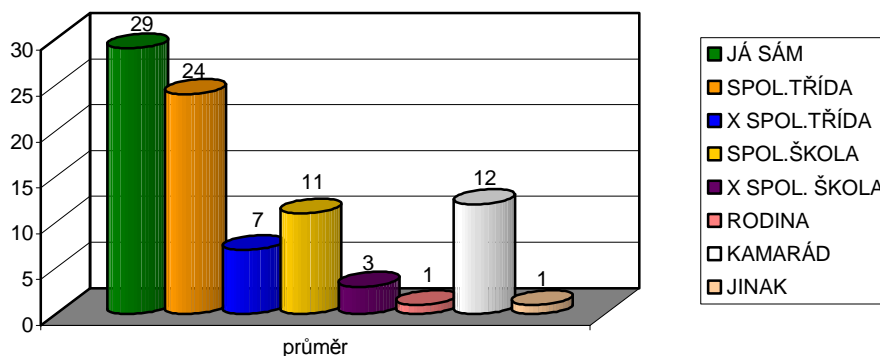
Otázka č. 26, Graf 26: **Postoj k šikaně** (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

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

Otázka č. 27, Graf 27: **Objekt šikany** (v %)

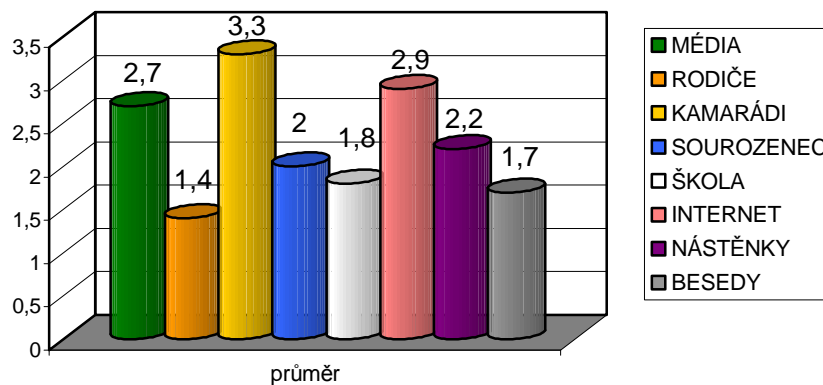


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je čitelné, že 29 % dotázaných již bylo či je obětí šikany. 31 % respondentů uvedlo, že objektem šikany je jeden či více spolužáků ze třídy, 14 % žáků uvedlo, že opakované ubližování se týkalo jednoho či více spolužáků ze školy. 12 %

dotázaných označilo, že je šikanován kamarád.

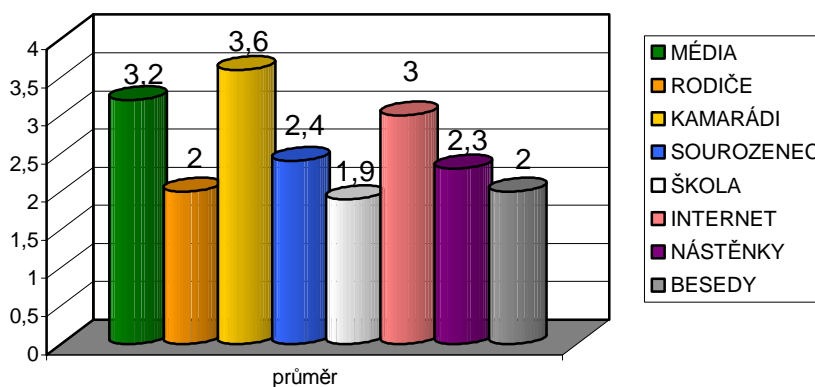
Otázka č. 28, Graf 28: **Hodnocení zdrojů informací o tabákových výrobcích** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace o tabáku na škále 1 až 5 jako 3,3 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 – navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,9, z médií – 2,7, z nástěnek – 2,2, od sourozenců – 2, ze školy – 1,8, z besed – 1,7 a nakonec od rodičů – 1,4.

Otázka č. 29, Graf 29: **Hodnocení zdrojů informací o alkoholu** (v absolutních číslech)

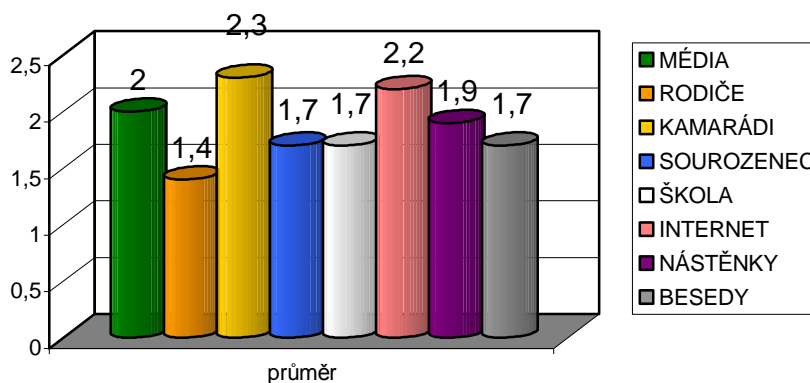


Zdroj: Vlastní výzkum

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

2 a nakonec ze školy – 1,9.

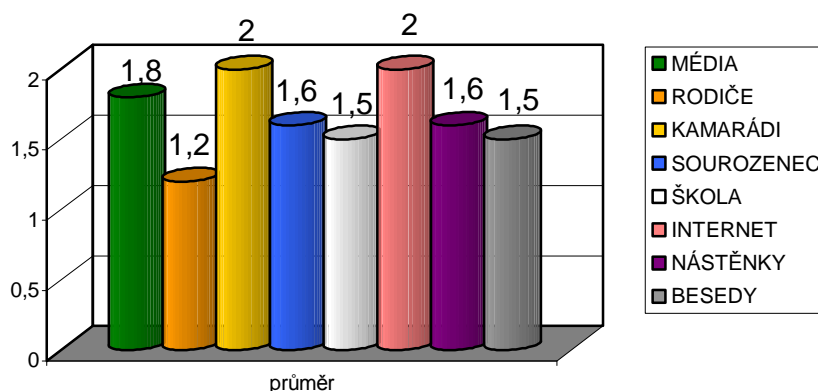
Otázka č. 30, Graf 30: **Hodnocení zdrojů informací o drogách** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace o drogách na škále 1 až 5 jako 2,3 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 –navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,2 , z médií – 2 , z nástěnek – 1,9 , od sourozenců, ze školy, z besed – 1,7 a nakonec od rodičů – 1,4.

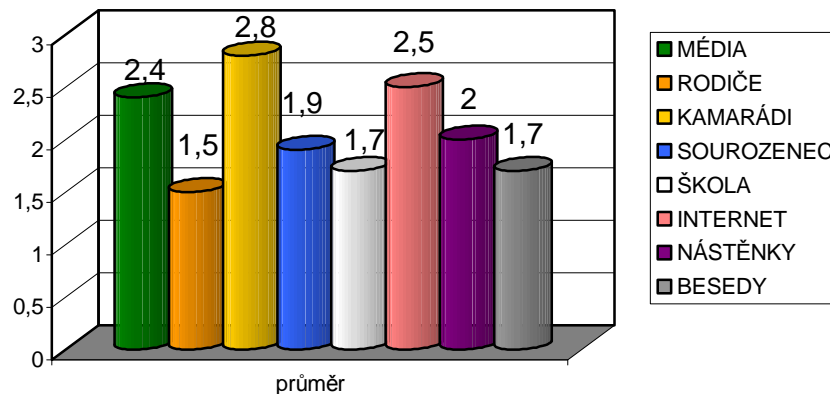
Otázka č.31, Graf 31: **Hodnocení zdrojů informací o šikaně** (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

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

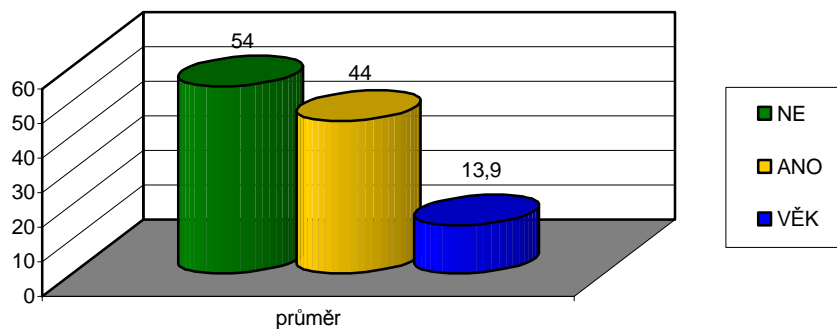
Graf 32: **Zdroje informací průměrně** (v absolutních číslech)



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Průměrně žáci od kamarádů vnímají informace na škále 1 až 5 jako 2,8 (přičemž 1-odrazující k užití, 5 –navádějící k užití). Následují informace z internetu – 2,5 , z médií – 2,4 , z nástěnek – 2 , od sourozenců – 1,9 , ze školy – 1,7 , z besed – 1,7 a nakonec od rodičů – 1,5.

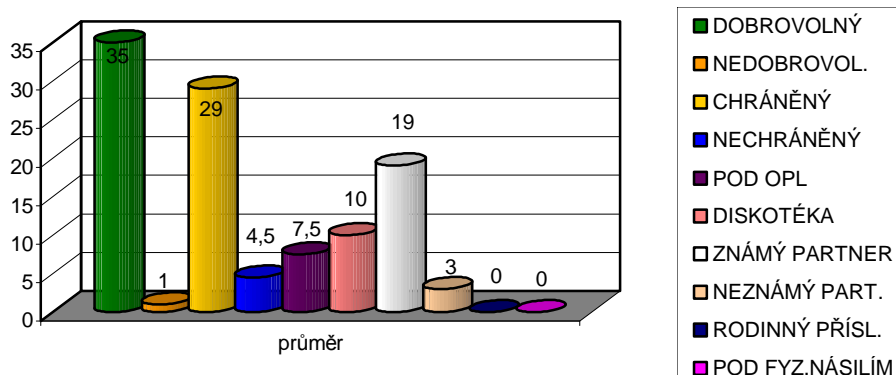
Otázka č.32, Graf 33: **Sexuální styk** (v %, v absolutních číslech)



Zdroj: *Vlastní výzkum*

Osobní zkušenost s pohlavním životem má již 44 % respondentů a průměrný věk prvního sexuálního zážitku je 13,9 let.

Otázka č. 33, Graf 34: **Okolnosti sexuálního styku (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu lze vyčíst, že z těch respondentů, kteří již měly sexuální styk jich 35 % označilo styk za dobrovolný, ve 29 % za chráněný a 19 % se známým partnerem. Rizikovým zjištěním je to, že v 10 % proběhl styk na nebo po diskotéce, v 7,5 % pod vlivem alkoholu, ve 4,5 % byl styk nechráněný a 3 % respondentů uvedlo, že styk měli s neznámým partnerem.

4.2 Obsahová analýza minimálních preventivních programů

Základní škola 1 (formulář – návrh osnovy MPP)

Počet žáků/studentů: 453

Počet tříd: 20

Počet pedagogů: 31

A) ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

Vstupní informace a jejich zdroje

1. Sociální okolí školy

- škola městského typu, vyučuje se zde podle vlastního Školního vzdělávacího programu, který je už několik let pečlivě připravován zdejšími pracovníky školy
- hodnocení výsledků vzdělávání žáků se více přiklání ke slovnímu hodnocení toho, co se jim podařilo, jak využívají svých schopností a jak jsou úspěšní (převádění na známky se vyskytuje méně a bude se používat převážně na druhém stupni školy), žáci devátých tříd si na konci základního vzdělávání odnesou svoje výstupní hodnocení. Svě zaměření škola soustředí na ekologii a je zapojena do několika projektů (v okolí školy je naučná stezka). Ve škole jsou na 1. stupni zřízeny TIP (třídy intenzivní péče).

2. Informace od pedagogů

- záškoláctví se ve škole vyskytuje pouze výjimečně, větší nebezpečí v poslední době zaznamenáváme u zvyšujícího se množství výskytu násilí dětí mladšího věku

3. Informace od rodičů - nevyplněno

4. Informace od žáků

- děti mohou své připomínky a náměty na řešení přednést nejen na třídních schůzkách, ale i na pravidelných schůzkách zástupců tříd s ředitelem školy, individuálně se mohou obrátit na třídní učitele a na výchovnou poradkyni
- mohou také využít schránky důvěry, kam mohou anonymně vhadzovat písemné podněty či stížnosti
- dále je na škole prováděna sociometrie třídy

5. Hodnocení MPP minulého školního roku

Splněno: Práce v rámci výukových předmětů dle metodických plánů, spolupráce s rodiči a veřejností, pravidelná mimotřídní a mimoškolní činnost, celostátní projekty, poradenská činnost, komunitní práce se třídními kolektivy, skupinová a individuální psychoterapie, projektové vyučování, Komunikační pořad zaměřený na primární prevence drogových závislostí na SOŠ, Motivační programy občanského sdružení Harmonia Universalis (Na rovinu a Sezname otevři se), kulturní a společenské pořady v rámci školní a mimoškolní činnosti, sportovní aktivity , nástěnka a stále informace pro děti, adaptační pobyt „Člověk a příroda“– 6. třídy, sociálně psychologický výcvik na lyžařském kurzu, školení pedagogických pracovníků, sociálně psychologický výcvik na Škole v přírodě, celoškolní Den zdraví, besedy o rizikovém chování, drogách, se sportovci , s Policií ČR, vícedenní třídní výlety se zaměřením na komunikaci, nácvik řešení problémů, sociálních dovedností a vytváření kladných mezilidských postojů.

B) CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

- práce v rámci výukových předmětů dle metodických plánů
- práce v kmenových třídách
- spolupráce s rodiči a veřejností
- pravidelná mimotřídní a mimoškolní činnost
- celostátní ekologické projekty
- poradenská činnost, skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie
- webové stránky školy
- spolupráce s metodiky prevence, s PPP, s Policií ČR a OSPOD a ostatními odborníky
- začleňování prvků multikulturální výchovy do činnosti žáků

C) MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

I. Práce pedagogického sboru a vedení školy

1. V oblasti přímé práce pedagogů

Všichni pedagogičtí pracovníci věnují pozornost problematice drog, šikany a násilí, poruch chování, záškoláctví, kriminality a delikvence, rizikového sexuálního chování, vandalismu, patologickému hráčství, dále pak projevům rasismu, xenofobie a sektářství a reagují hned při objevení se prvních náznaků nežádoucího chování a vyvozují důsledky. Stejně tak si všímají projevů poruch učení. Informují vedení školy a výchovnou poradkyni. V oblasti této problematiky se dále vzdělávají. Účastní se odborných seminářů v PC v Praze, v Plzni a v Příbrami či v individuálně vybraných kurzech.

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence RCH

Informace pracovníci získávají individuálně samostudiem odborné literatury, sledováním tématu v odborném tisku, v médiích a na odborných školeních pořádaných jednotlivými organizacemi.

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence RCH

Metodička prevence absolvovala během školního roku školení na téma Poruchy chování na ZŠ a možnosti pedagogické intervence. Účastnila se také mezinárodní konference primární prevence v Praze (podle další nabídky i na školení jiných témat k této problematice)

4. Způsob spolupráce s ostatními pedagogy ve škole

- pedagogické porady, individuální řešení problému s ŠMP

II. Spolupráce školy s rodiči

1. Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP

- třídní schůzky, pro rodiče jsou vyvěšeny informace na nástěnkách, na stránkách školy, či mohou informace nalézt ve školním zpravodaji

2. Aktivity pro rodiče - nevyplněno

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

- dny otevřených dveří, kulturní akce – zakončení školního roku v červnu - akce „Děti dětem“

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

1. Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

- na preventivních akcích, na internetových stránkách školy, osobně při vyučování
- konzultační hodiny, schránky důvěry

2.1 Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce, která je součástí učebních osnov

Preventivní aktivity realizované školou

- Besedy na téma drogy
- Upravený školní řád
- Výuka zaměřená na téma v předmětech typu Výchova ke zdraví, Prvouka
- Odborné články v místním zpravodaji
- Sociálně psychologický výcvik na Škole v přírodě – 3. a 5. třídy
- Adaptační pobyt 6. tříd
- Sociálně psychologický výcvik na lyžařských kurzech – 7. a 9. třídy
- Velký výběr volnočasových aktivit
- Pestrá škála kulturních, společenských a sportovních aktivit pořádaných školou i jinými pozvanými subjekty a organizacemi
- Spolupráce s rodiči a veřejností, s občanskými sdruženími, se sportovními kluby a tělovýchovnými jednotami
- Informace na nástěnkách a na internetu
- Pravidelná setkání žáků s ředitelem školy
- Poradenská služba – výchovný poradce a psycholog
- Komunitní práce s třídními kolektivy
- Skupinová , individuální psychoterapie
- Přiměřená represe při výskytu nežádoucího chování
- Anketa mezi rodiči
- Dotazník mezi žáky
- Sociometrická měření ve třídách

Preventivní aktivity realizované externími spolupracovníky školy

- Beseda s Policií ČR
- Pravidelná spolupráce s Úřadem práce v Příbrami
- Pravidelná spolupráce s PPP Příbram
- Školení pedagogických pracovníků, vzdělávání v oblastech problematiky
- Komunikační pořad zaměřený na primární prevenci drogových závislostí na SOŠ
- Motivační programy občanského sdružení Harmonia Universalis (Na rovinu a Seznamte otevři se)

2. 2 Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na konkrétní situaci ve třídě

V případě, že škola bude mít podezření na užívání návykových látek či na výskyt jiných projevů rizikového chování, bude postupovat dle Řádu školy a příslušného pokynu MŠMT. Dále bude nahlížet do Metodického pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Na pohovoru s žákem se bude aktivně podílet dle konkrétní situace třídní učitel, výchovný poradce a školní psycholog, preventista, zástupce či ředitel školy. Věc bude oznámena zákonným zástupcům, případně jim bude doporučen pohovor s odborníky. V případě nezájmu zákonných zástupců bude kontaktováno oddělení péče o dítě.

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

- besedy, exkurze

2. 4. Dlouhodobé preventivní aktivity pro žáky - nevyplněno

2.5. Volnočasové aktivity pro žáky

Zájmové kroužky: Pěvecko - dramatický kroužek, Sportovní kroužek, Sportovní hry, Dopravní kroužek, Tenis, Keramika, Výtvarný kroužek, Výtvarný kroužek, Turistický kroužek, Vodácký kroužek, Taneční, Basketbal, Floorbal, Teraristický kroužek, Vzdělávací zájezd Anglie

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE RCH - nevyplněno

V. SPOLUPRÁCE S OKOLÍM ŠKOLY

Škola spolupracuje s rodiči, tak s odbornou veřejností. V případě potřeby v této problematice se obrátí na krajského metodika prevence, PPP Příbram, MěÚ Příbram, dětského lékaře, policii, Linku důvěry či na oddělení péče o dítě a rodinu, K-centrum Příbram.

Škola spolupracuje s PPP a SVP v Příbrami v oblasti diagnostikování a péče o děti s poruchami učení a s poruchami chování, také v oblasti prevence nežádoucích jevů. Spolupráci a kontakt s poradnou zajišťuje výchovná poradkyně.

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA

Splněno:

- práce v rámci výukových předmětů dle metodických plánů
- spolupráce s rodiči a veřejností
- pravidelná mimotřídní a mimoškolní činnost
- celostátní projekty
- poradenská činnost skupinová psychoterapie individuální psychoterapie
- komunitní práce se třídními kolektivy
- kulturní a společenské pořady v rámci školní a mimoškolní činnosti
- sportovní aktivity, soutěže a utkání
- komunikační pořad zaměřený na primární prevence drogových závislostí
- besedy o rizikovém chování, drogách, se sportovci, s policií ČR
- vícedenní třídní výlety se zaměřením na komunikaci, nácvik řešení problémů, sociálních dovedností a vytváření kladných mezilidských postojů
- školení pedagogických pracovníků

Škola využívá vlastní dotazníkové techniky, sociometrické měření jednotlivých tříd a každý učitel provádí systematický monitoring třídního kolektivu.

VII. SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ ŠKOLY S MPP

- MPP vyvěšen ve sborovně, na internetových stránkách, u ŠMP

Základní škola 2 (formulář – návrh osnovy MPP)

Počet žáků/studentů: 392

Počet tříd: 18

Počet pedagogů: 26

A) ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

Vstupní informace a jejich zdroje

1. Sociální okolí školy

- Škola maloměstského typu, na škole funguje školní poradenské pracoviště, kde působí výchovný poradce a školní metodik. Dále je na škole zřízen žákovský parlament.

2. Informace od pedagogů - nevyplněno

3. Informace od rodičů

- na pravidelných rodičovských schůzkách

4. Informace od žáků

- V žákovském parlamentu pracují zástupci všech tříd 5.-9. ročníku. Scházejí se podle potřeby, obvykle jedenkrát za 14 dnů. Na schůzkách se projednávají návrhy týkající se veškerého školního života, a to jak ze strany žáků, tak ze strany vedení školy a ostatních pedagogů. Projednávají se zde i problémy související se špatným chováním žáků a společně se hledá řešení.

5. Hodnocení MPP minulého školního roku

- Ve větší míře byl program zaměřen na problém šikany, vandalismu a tabakismu. Základem MPP bylo vytváření podmínek pro využití volného času dětí, tzn. nespécifická prevence. K tomu, aby žáci získali potřebné znalosti a dovednosti, byl využíván obsah jednotlivých vyučovacích předmětů. Další součástí MPP byly interaktivní programy pro menší počet žáků, uskutečňované především při třídních hodinách, dále jako součást učiva přírodovědy a rodinné výchovy (výchovy ke zdraví) nebo formou projektových dnů. Dále byly do programu zahrnuty jednotlivé akce, ať už určené všem žákům nebo třeba jednotlivým ročníkům či třídám. V souladu s Metodickým pokynem ministra školství,

mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení byl na počátku roku 2009 vypracován Program proti šikanování.

B) CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

- Posílení aktivit, které předcházejí a brání nástupu problému nebo aspoň odsunují setkání s ním do pozdějšího věku
- V plánu jsou proto zahrnuty především prvky výchovy ke zdraví, výchovy etické a právní, výchovy, která podporuje rozvoj osobnosti a sociálního chování
- U žáků nižšího věku je program zaměřen především na získání znalostí a dovedností v oblasti obecné ochrany zdraví.
- V největší míře je program zaměřen na problémy kouření a šikany.

C) MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

I. Práce pedagogického sboru a vedení školy

1. V oblasti přímé práce pedagogů - nevyplněno

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence RCH

- Členové pedagogického sboru se podle vlastního výběru účastní akcí nabízených Pedagogickým centrem Střední Čechy, Pedagogickým centrem Praha a Zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků a Střediskem služeb školám Středočeského kraje Nymburk, středisko Příbram (přesné plánování účasti na těchto seminářích není možné, neboť se konají až podle počtu přihlášených zájemců)
- Všichni pedagogičtí pracovníci se zúčastnili vzdělávacího semináře Problémový žák.

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence RCH - nevyplněno

4. Způsob spolupráce s ostatními pedagogy ve škole

- pedagogické porady, individuální řešení problému s ŠMP

II. Spolupráce školy s rodiči

1. Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP

- třídní schůzky

2. Aktivity pro rodiče - nevyplněno

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči - nevyplněno

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

1. Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

- na preventivních akcích, na internetových stránkách školy, osobně při vyučování
- konzultační hodiny, schránky důvěry

2.1 Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce, která je součástí učebních osnov

Preventivní aktivity realizované školou

- Filmová a divadelní představení a koncerty
- Výstavy
- Lyžařský výcvik
- Exkurze (Úřad práce v Příbrami)
- Výlety
- Soutěže
- Besedy a přednášky
- Adaptační kurz – 6. třídy
- Preventivní působení v jednotlivých vyučovaných předmětech – zapojení do výuky

Preventivní aktivity realizované externími spolupracovníky školy

- Beseda s Policií ČR
- Pravidelná spolupráce s Úřadem práce v Příbrami
- Pravidelná spolupráce s PPP Příbram
- Školení pedagogických pracovníků, vzdělávání v oblastech problematiky
- Motivační programy občanského sdružení Harmonia Universalis (Na rovinu a Seznamte otevři se)

2. 2 Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na konkrétní situaci ve třídě

- Přestupky žáků jsou řešeny v souladu se ŠVP, v první řadě pohovorem učitele se žákem. Pokud se přestupky opakují, jsou oznámeny rodičům buď sdělením v žákovské knížce nebo telefonicky. Dalším stupněm řešení je pohovor s rodiči na třídních schůzkách nebo jednání výchovné komise. Účastní se jí třídní učitel a podle potřeby i ostatní učitelé, vedení školy, výchovný poradce či metodik prevence. V odůvodněných případech informuje škola o přestupku (záškoláctví) odbor sociální péče o děti a mládež. Škola zprostředkovává i kontakt na Pedagogicko-psychologickou poradnu, která poskytuje odbornou pomoc rodičům při řešení výchovných i vzdělávacích problémů dětí.

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

- besedy, exkurze

2. 4. Dlouhodobé preventivní aktivity pro žáky

- k výuce výchovy ke zdraví je využívána zvláštní učebna vybavená stoly a židlemi pro skupinovou práci, kobercem, počítačem a interaktivní tabulí, nástěnkami s materiály k problematice rizikového chování dětí i prostorem pro písemné projevy dětí

2.5. Volnočasové aktivity pro žáky

Zájmové kroužky: Míčové hry, Rybářský kroužek, Tenis, Keramika, Výtvarný kroužek, Dramatický kroužek, Keramika, Volejbal, Basketbal, Házená, Stolní tenis, Country

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE RCH – nevyplněno

V. SPOLUPRÁCE S OKOLÍM ŠKOLY

- Škola spolupracuje s rodiči, tak s odbornou veřejností jako PPP Příbram, Středisko výchovné péče Příbram, MěÚ Příbram - oddělení sociálně právní ochrany dětí, Policie ČR, K-centrum Příbram.

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA

- individuální psychoterapie
- projektové vyučování

- kulturní a společenské pořady v rámci školní a mimoškolní činnosti
- sportovní aktivity, soutěže a utkání
- nástěnka a stálé informace pro děti

VII. SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ ŠKOLY S MPP

- MPP vyvěšen ve sborovně, na internetových stránkách, u ŠMP

Základní škola 3 (formulář – návrh osnovy MPP)

Počet žáků/studentů: 607

Počet tříd: 27

Počet pedagogů: 34

A) ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

Vstupní informace a jejich zdroje

1. Sociální okolí školy

- Jedná se větší městskou školu, situovanou v centru okresního města Příbram. Ve škole působí výchovně preventivní tým ve složení: ředitelka školy, výchovná poradkyně, školní metodička prevence, speciální pedagog, vyučující z 1. stupně a vyučující z 2. stupně. Dále je dvakrát týdně během svých konzultačních hodin k dispozici školní psycholog. Ve škole jsou na 1. stupni zřízeny TIP (třídy intenzivní péče).

2. Informace od pedagogů

- na pravidelných pedagogických poradách, za největší problém je považováno kouření v areálu školy, záškoláctví, vandalismus. Nejčastější problémy se žáky – nekultivované chování, vulgární vyjadřování a nerespektování pravidel.

3. Informace od rodičů

- na pravidelných rodičovských schůzkách

4. Informace od žáků

- ke zjištění informací je využíváno dotazníků, schránek důvěry, přínosné jsou také třídnické hodiny či předměty s výchovným charakterem
- na škole je zřízen žákovský parlament již od 3. tříd

5. Hodnocení MPP minulého školního roku - nevyplněno

B) CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

- potlačování tendence zneužívání návykových látek
- změna postojů dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu

- poskytování informací vedoucí k zapojení zodpovědnosti za život bez návykových látek
- rozvoj a podpora sociálních kompetencí, osvojení pozitivního sociálního chování
- rozvoj dovedností, které vedou k odmítání všech forem sebedestrukce, projevů agresivity, porušování zákona
- vytváření podmínek pro mimoškolní činnost, zajištění široké nabídky volnočasových aktivit
- pokračovat v činnosti výchovně preventivního týmu

C) MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

I. Práce pedagogického sboru a vedení školy

- Na realizaci minimálního preventivního programu se podílí všichni pedagogičtí pracovníci, mohou podávat náměty a připomínky k situaci nežádoucího chování ve škole.

1. V oblasti přímé práce pedagogů

- Spolupracují s preventivním týmem.

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence RCH

- Další vzdělávání pedagogických pracovníků je nedílnou součástí přípravy pedagogů. V oblasti prevence nežádoucích forem chování je využíváno především seminářů, nových metod práce, samostudia sledování odborné literatury

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence RCH - nevyplněno

4. Způsob spolupráce s ostatními pedagogy ve škole

- pedagogické porady, individuální řešení problému s ŠMP

II. Spolupráce školy s rodiči

1. Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP

- Pro rodiče je vydáván Zpravodaj, který informuje o akcích, novinkách a změnách na škole. Každá třída má též 2 zástupce z rodičů a samozřejmě se mnoho informací mohou rodiče dozvědět na internetových stránkách školy.

2. Aktivity pro rodiče - nevyplněno

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

- dny otevřených dveří, kulturní a sportovní akce

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

1. Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

- na preventivních akcích, na informačních panelech, na internetových stránkách školy, osobně při vyučování

2.1 Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce, která je součástí učebních osnov

Preventivní aktivity realizované školou

- výchovně vzdělávací projekty Dětství bez úrazu
- programy zaměřené na prevenci kouření
- třídní výlety
- kurzy první pomoci
- lyžařské a sportovní akce
- adaptační kurz – 6.třídy

Preventivní aktivity realizované externími spolupracovníky školy

- besedy s policistou
- besedy a spolupráce s K- centrem Příbram
- besedy na Úřadu práce v Příbrami – Volba povolání
- účast na trestním řízení na Okresním soudu v Příbrami

2. 2 Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na konkrétní situaci ve třídě

- nevyplněno

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

- besedy, exkurze, komponované hodiny, filmové promítání

2. 4. Dlouhodobé preventivní aktivity pro žáky

2.5. Volnočasové aktivity pro žáky

Zájmové kroužky: Sportovní kroužek, Přírodovědný kroužek, Tenis, Flétna, Výtvarný a keramický kroužek, Pěvecký sbor, Keramika, Volejbal, Basketbal, Florbal, Stolní tenis

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE RCH - nevyplněno

V. SPOLUPRÁCE S OKOLÍM ŠKOLY

- Škola spolupracuje s rodiči, tak s odbornou veřejností jako PPP Příbram, Středisko výchovné péče Příbram, MěÚ Příbram - oddělení sociálně právní ochrany dětí, Policie ČR, K-centrum Příbram.

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA

- Veškeré aktivity v rámci prevence jsou pravidelně vyhodnocovány lektory, učiteli i žáky. O plnění programu jsou podávány informace vedení školy, pedagogickým pracovníkům i rodičům. Výsledky anket jsou uloženy u školního metodika prevence.

VII. SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ ŠKOLY S MPP

- MPP vyvěšen ve sborovně, na internetových stránkách, u ŠMP

Základní škola 4 (formulář – návrh osnovy MPP)

Počet žáků/studentů: 369

Počet tříd: 23

Počet pedagogů: 28

A) ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

Vstupní informace a jejich zdroje

1. Sociální okolí školy

- Jedná se o okrajovou městskou spádovou školu (cca 28 % dojíždějících žáků). Nachází se tu třídy se sportovním zaměřením a přírodopis se vyučuje s významným ekologickým zaměřením. Na škole působí preventista rizikového chování a výchovný poradce. Významnou úlohu též sehrávají i třídní učitelé, kteří jsou jakýmsi třídními koordinátory žákovských i mimoškolních aktivit. Na této škole je zřízena žákovská rada se zástupci 3. – 9. tříd

2. Informace od pedagogů

- na pravidelných pedagogických poradách, za největší problém je považováno kouření u stále mladších žáků

3. Informace od rodičů

- na pravidelných rodičovských schůzkách

4. Informace od žáků

- na škole je zřízen žákovská rada, která slouží jako prostředník komunikace mezi žáky a vedením školy

- dále jsou ve škole zřízeny schránky důvěry

5. Hodnocení MPP minulého školního roku

- tato škola využívá dlouhodobý program prevence, který poskytuje K- centrum Příbram a programu se aktivně zúčastňují žáci 7. – 9. tříd

- jednotlivá setkání jsou tematicky specifická a dotýkají se různých oblastí jako je šikana, závislosti, intolerance apod.

- stále častěji se vyskytuje kouření tabákových výrobků u mladších žáků

B) CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

- systematicky a nenásilné působení všech pedagogických pracovníků školy na žáky v době vyučování i mimo něj
- posilování osobnosti každého dítěte, utváření pozitivních a aktivních životních postojů vedoucích ke zdravým rozhodnutím
- vytváření kvalitních hodnotových žebříčků žáků a nabídnout jim vhodné zájmové a volnočasové činnosti
- pomáhat dětem trénovat odmítat nevhodné i když pro žáky atraktivní nabídky
- spolupracovat s odborníky i rodiči

C) MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

I. Práce pedagogického sboru a vedení školy

1. V oblasti přímé práce pedagogů

- Úzce spolupracují s preventistou a výchovným poradcem.

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence RCH

- V posledních letech vzrostl zájem pedagogických pracovníků o vzdělávací akce týkající se prevence rizikového chování. Celý pedagogický sbor tedy absolvoval semináře pořádané Centrem dohody Praha na témata: Primární protidrogová prevence a Komunikativní dovednosti se zaměřením na práci třídního učitele – sociálně psychologické techniky v pedagogické praxi.

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence RCH - nevyplněno

Pověřený preventista rizikového chování se zúčastnil uvedených seminářů a akcí:

- Zvyšování právního povědomí v oblasti prevence
- Krajské konference k primární prevenci
- Seminář k prevenci kouření
- Seminář k programu EUDAP

4. Způsob spolupráce s ostatními pedagogy ve škole

- pedagogické rady, individuální řešení problému s ŠMP

II. Spolupráce školy s rodiči

1. Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP

- v rámci třídních schůzek, na internetových stránkách, na informačních panelech a nástěnkách ve škole, informace prostřednictvím vydávaného školního časopisu

2. Aktivity pro rodiče

- spolupráce se Spolkem přátel školy při finančním zajišťování volnočasových aktivit
- pozvánky na kulturní a sportovní akce

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

- dny otevřených dveří, kulturní a sportovní akce

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

1. Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

- na preventivních akcích, na informačních panelech, na internetových stránkách školy, osobně při vyučování

2.1 Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce, která je součástí učebních osnov

Preventivní aktivity realizované školou

- v rámci třídních hodin jsou realizovány vhodná komunikační cvičení a hry
- v rámci předmětových týmů jsou zpracovávány tématické celky rizikového chování
- programy zaměřené na prevenci kouření
- třídní výlety
- lyžařské a sportovní akce

Preventivní aktivity realizované externími spolupracovníky školy

- besedy s Policií ČR
- besedy a spolupráce s K- centrem Příbram
- dopravní bezpečnostní akce – BESIP

2. 2 Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na konkrétní situaci ve třídě

- nevyplněno

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

- besedy, exkurze, komponované hodiny

2. 4. Dlouhodobé preventivní aktivity pro žáky

- preventivní program primární prevence užívání návykových látek pro 7.- 9. ročník

2.5. Volnočasové aktivity pro žáky

Zájmové kroužky: Sportovní kroužek, Gymnastický kroužek, Přírodovědný kroužek, Angličtina, Výtvarný a keramický kroužek, Pěvecký sbor, Šachy, Basketbal

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE RCH - nevyplněno

V. SPOLUPRÁCE S OKOLÍM ŠKOLY

Škola spolupracuje s rodiči, tak s odbornou veřejností jako PPP Příbram, Středisko výchovné péče Příbram, MěÚ Příbram , Policie ČR, K-centrum Příbram.

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA

Veškeré aktivity v rámci prevence jsou pravidelně vyhodnocovány výchovnou poradkyní a preventistou. Též lze pro vyhodnocení efektivity využít slohové práce, ohlasy žáků a hodnocení rodičů na třídních schůzkách.

VII. SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ ŠKOLY S MPP

- MPP vyvěšen ve sborovně, na internetových stránkách, u ŠMP

Základní škola 5 (formulář – návrh osnovy MPP)

Počet žáků/studentů: 209

Počet tříd: 10

Počet pedagogů: 18

A) ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

Vstupní informace a jejich zdroje

1. Sociální okolí školy

- škola maloměstského typu, spádová škola, zapojena do projektu Ekoškola
- ve škole funguje výchovný poradce a školní metodik prevence sociálně patologických jevů

2. Informace od pedagogů

- na pravidelných pedagogických poradách, v posledním roce řešen případ dvou krádeží a kouření marihuany

3. Informace od rodičů

- na pravidelných rodičovských schůzkách

4. Informace od žáků - nevyplněno

5. Hodnocení MPP minulého školního roku - nevyplněno

B) CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE - nevyplněno

C) MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

I. Práce pedagogického sboru a vedení školy

1. V oblasti přímé práce pedagogů

- úzce spolupracují s preventistou a výchovným poradcem.

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence RCH

- učitelé se účastnili vzdělávacích akcí pořádaných Zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků a Střediskem služby školám Nymburk – regionální centrum Příbram, Národním institutem pro další vzdělávání v Praze.

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence RCH

- ve škole pracuje metodik sociálně patologických jevů, spolupracuje úzce s třídními učiteli při řešení výchovných problémů – záškoláctví, kouření, alkohol, drogy, šikana, kriminalita, vandalismus, týrání dětí a ohrožování výchovy.
- pravidelně se účastní vzdělávacích akcí zaměřených na sociálně patologické jevy (Preventivní programy a aktivity škol v oblasti sociálně patologických jevů)

4. Způsob spolupráce s ostatními pedagogy ve škole

- pedagogické porady, individuální řešení problému s ŠMP

II. Spolupráce školy s rodiči

1. Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP

- v rámci třídních schůzek, na informačních panelech a nástěnkách ve škole

2. Aktivity pro rodiče

- pozvánky na kulturní a sportovní akce

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

- dny otevřených dveří, kulturní a sportovní akce, informace v místním zpravodaji

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

1. Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

- na preventivních akcích, na informačních panelech, osobně při vyučování

2.1 Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce, která je součástí učebních osnov

Preventivní aktivity realizované školou

- třídní výlety, sportovní akce, školy v přírodě
- výukové pořady

Preventivní aktivity realizované externími spolupracovníky školy

- besedy s Policií ČR
- besedy a spolupráce s K- centrem Příbram
- dopravní bezpečnost - výuka na dopravním hřišti v Příbrami

2. 2 Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na konkrétní situaci ve třídě

- nevyplněno

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

- besedy, exkurze, komponované hodiny, promítání kinofilmů, videokazet

2. 4. Dlouhodobé preventivní aktivity pro žáky -nevyplněno

2.5. Volnočasové aktivity pro žáky

Zájmové kroužky: Výtvarný kroužek, Střelecký kroužek, Cykloturistický kroužek, Sportovní hry, Aerobik, Volejbal, Florbal, Divadelní kroužek

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE RCH - nevyplněno

V. SPOLUPRÁCE S OKOLÍM ŠKOLY

- škola spolupracuje s PPP Příbram, Policií ČR, K-centrem Příbram, Střediskem výchovné péče.

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA - nevyplněno

VII. SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ ŠKOLY S MPP

- MPP vyvěšen ve sborovně, u ŠMP

4.3 Výsledky obsahové analýzy - tabulky

Tabulka 1 Šikana

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	II. stupeň	11-15 let	opakovaně	Silný proti slabému, Neublížuj mi – videokazety, šk.předmět
2.	4. – 9. třída	9 – 15 let	opakovaně	šk. předmět (i kyberšikana)
3.	6. třída	11 - 12 let	opakovaně	šk. předmět, diskuze
4.	I. stupeň	6 – 9 let	opakovaně II. stupeň	šk. předmět, diskuze
5.	I. stupeň	6 – 9 let	opakovaně II. stupeň	šk. předmět, třídnické hodiny – hry a cvičení

Průměrný věk počátku prevence10,2 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje zastoupení rizikového chování – šikana v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Všechny školy problematiku šikany zařazují do tématických celků v rámci školních předmětů a následně o šikaně diskutují. ZŠ 1 používá ještě promítání videokazet („Neublížuj mi“, „Silný proti slabému“). ZŠ 2 zaměřuje preventivní dění i na riziko vzniku kyberšikany (v rámci hodin informatiky) a ZŠ 5 během třídnických hodin využívá sociální hry a komunikační cvičení. Ve všech školách je prevence prováděna opakovaně a průměrný věk počátku prevence je 10,2 let.

Tabulka 2 Alkohol

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	4. třída	9 – 10 let	opakovaně II.stupeň	šk. předmět, besedy
2.	4. třída	9 – 10 let	opakovaně II. stupeň	šk. předmět, diskuze
3.	6.-9. třída	11 – 15 let	opakovaně	Program K-centra, besedy, diskuze
4.	3. třída	8 – 9 let	opakovaně II.stupeň	šk. předmět
5.	4. třída	9 – 10 let	opakovaně	šk. předmět

Průměrný věk počátku prevence10 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *alkohol* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Primární prevence užívání alkoholu je žákům nejčastěji prezentována formou besed, diskuzí a zařazením do školního předmětu. ZŠ 4 využívá preventivního programu za pomoci K-centra. Ve všech školách je prevence prováděna opakovaně a průměrný věk počátku prevence je 10 let.

Tabulka 3 Tabákové výrobky

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	4. třída	9 – 10 let	opakovaně II.stupeň	šk. předmět
2.	4. třída	9 – 10 let	opakovaně II.stupeň	šk. předmět, besedy
3.	3. třída	8 – 9 let	opakovaně II.stupeň	besedy
4.	4. třída	9 – 10 let	opakovaně II.stupeň	šk. předmět seminář
5.	5. třída	10 – 11 let	opakovaně	šk. předmět

Průměrný věk počátku prevence10,4 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *kouření tabákových výrobků* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Prevence kouření je dětem nejčastěji prezentována formou besed či seminářů a zároveň je začleněná do školních předmětů. Ve všech školách je prevence prováděna opakovaně a průměrný věk počátku prevence je 10,4 let.

Tabulka 4 Mobilní telefon

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	-	-	-	-
2.	6. -9. třída	11 – 15 let	opakovaně	šk. předmět Informatika
3.	-	-	-	-
4.	-	-	-	-
5.	-	-	-	-

Průměrný věk počátku prevence13 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 4 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *mobilní telefon* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Pouze jedna z pěti základních škol má zařazenou primární prevenci rizikového užívání mobilních telefonů ve svém Minimálním preventivním programu a to formou začlenění do školního předmětu informatiky. Prevence je prováděna opakovaně a průměrný věk počátku prevence je 13 let.

Tabulka 5 Počítače, netolismus

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	8.třída	13-14 let	jednorázově	Hazardní počítačové hry - videokazeta
2.	6.-9. třída	11 – 15 let	opakovaně	šk. předmět Informatika
3.	-	-	-	-
4.	5.třída	10 - 11 let	opakovaně	šk. předmět, diskuze
5.	-	-	-	-

Průměrný věk počátku prevence12,3 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 5 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *počítače, netolismus* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Primární prevence rizikového užívání počítačů je realizována na ZŠ 1, 2 a 4. Na ZŠ 1 má formu jednorázového promítání videokazety, a na ZŠ 2 a 4 je již prevence opakovaná, zařazená do školního vyučování. Průměrný věk počátku této prevence je 12,3 let.

Tabulka 6 Gamling

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	7. třída	12 – 13 let	jednorázově	Beseda - Policie ČR
2.	-	-	-	-
3.	-	-	-	-
4.	5. třída	10 – 11 let	jednorázově	šk. předmět
5.	-	-	-	-

Průměrný věk počátku prevence11,5 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 6 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *gambling* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Zajímavé, že pouze dvě základní školy mají tuto prevenci zařazenou ve svých preventivních aktivitách – ZŠ 1 formou besedy s Policií ČR a ZŠ 4 začleňuje tuto prevenci do školního vyučování. Prevence gamblingu je na obou školách prováděna jednorázově a průměrný věk počátku prevence je 11,5 let.

Tabulka 7 Společensky netolerované drogy

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	II. stupeň	11 – 15 let	opakovaně	Besedy, videokazety
2.	4.třída	9 – 10 let	opakovaně II. stupeň	šk. předmět, besedy, diskuze
3.	6.-9.třída	11 – 15 let	opakovaně	Program K-centra, besedy, diskuze
4.	6.-9. třída	11 – 15 let	opakovaně	šk. předmět, program K-centra
5.	II. stupeň	11 – 15 let	opakovaně	Negativní vliv drog na kriminalitu mládeže - Kinofilm, besedy

Průměrný věk počátku prevence12,3 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 7 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *zneužívání společensky netolerovaných drog* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Nejčastěji je žákům prevence prezentována formou besed, diskuzí a začleněním do školního předmětu. ZŠ 3 a 4 spolupracuje s K-centrem a ZŠ 5 používá promítání kinofilmu („Negativní vliv drog na kriminalitu mládeže“). Ve všech školách je prevence prováděna opakovaně a průměrný věk počátku prevence je 11,4 let.

Tabulka 8 Rizikové sexuální chování

ZŠ	Počátek prevence - třída	Počátek prevence - věk	Frekvence prevence	Forma prevence
1.	8.- 9.třída	13 - 15 let	opakovaně	Abeceda lidské sexuality – videokazety, šk. předmět
2.	8. třída	13 - 14 let	opakovaně	šk. předmět, videokazety
3.	7.třída	12 - 13 let	opakovaně 8.,9. třída	Program K-centra, besedy, diskuze, šk. předmět
4.	8. třída	13 - 14 let	opakovaně	šk. předmět
5.	8.- 9. třída	13 - 15 let	opakovaně	„Láska ano, dítě ještě ne“ Kinofilm + beseda, šk. předmět

Průměrný věk počátku prevence14,2 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 8 znázorňuje zastoupení rizikového chování – *rizikové sexuální chování* v minimálních preventivních programech jednotlivých škol, počátek prevence, frekvenci a formu této prevence. Nejčastěji je prevence realizována formou besed, diskuzí či zařazením do školních předmětů. ZŠ 1 využívá promítání tematických videokazet („Abeceda lidské sexuality“), ZŠ 3 spolupracuje s K-centrem a ZŠ 5 žákům nabízí promítání kinofilmu („Láska ano, dítě ještě ne“). Ve všech školách je prevence prováděna opakovaně a průměrný věk počátku prevence je 14,2 let. popud

5 DISKUZE

Cílem této práce bylo zmapovat oblasti primárně preventivního působení na základních školách a současně dle jejich včasnosti a zastoupení prevence vybraného rizikového chování provést vyhodnocení účinnosti primární prevence. Dalším cílem bylo zmonitorovat výskyt rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol. K tomuto úkolu jsem využila jak kvantitativní tak kvalitativní metody výzkumu. První část výzkumu je zaměřená na zmapování výskytu rizikových forem chování prostřednictvím dotazníkové šetření a druhá část zahrnuje obsahovou analýzu minimálních preventivních programů. Získaná data vzájemně komparuji v diskusi za účelem splnění cíle práce a potvrzení či vyvrácení předem stanovených hypotéz.

První dvě otázky dotazníku byly identifikačního charakteru. Zjišťovala jsem jimi pohlaví a věk respondentů (graf 1 a 2). Poměr pohlaví dotazovaných byl téměř v rovnováze a průměrný věk činil 15 let.

Třetí otázkou jsem zkoumala, jak dítě vnímá atmosféru školního prostředí. Většina žáků (69 %) se ve škole cítí bez problémů, 14 % dětí škola nebaví a zbytek 17 % respondentů má ve škole problémy s učiteli či spolužáky, což dle Vágnerové může být (78) jeden z klíčových indikátorů k případnému zapojení do rizikového chování. Rizikovým faktorem je i skutečnost, že pokud mají děti problémy s učiteli či je škola nebaví nebo v nich dokonce vyvolává nepřekonatelný odpor, nepřijmou preventivní dění a nezapojí se do probíhající prevence ve škole. Ovšem právě vyučující je primárním předpokladem k naplňování cílů prevence. Měl by být komunikativní, odborně erudovaný, psychologicky a speciálně pedagogicky vybaven. (49). Jestliže tedy žák vyučujícího odmítá a nepřijme jeho autoritu, je zde možné nebezpečí vzniku rizikového chování. Tento fakt potvrzuje i Nešpor (54), který tvrdí, že problémy s návykovými látkami zvyšuje cynická, odcizená školní atmosféra, jež postrádá nabídku pozitivních hodnot.

Další otázka navazovala na hodnocení rodinného prostředí. Rodina je jak známo primárním činitelem při vývoji jedince **(22)**. Důležitost vřelé rodinné atmosféry je tedy nepochybná. Pokud ovšem rodina nefunguje správně, může mít nemalý vliv na vzniku a rozvoji sociálně patologického chování **(13)**. Z mého výzkumu vyplývá, že většina respondentů se v rodině cítí dobře nebo normálně (94%), zbytek dětí zažívá v rodině časté či trvalé problémy.

Následující otázky se již týkali rizikových forem chování. Z grafu 5 lze vyčíst zkušenost s alkoholem. Téměř všichni dotazovaní alkohol ochutnali a jako průměrný věk prvního kontaktu s alkoholem uvedli 10 let. Z obsahové analýzy minimálních preventivních programů bylo zjištěno, že primární prevence je v průměru realizována také v 10 letech věku (Tabulka 2). Primární prevence tedy nepřichází před vlastním experimentem s alkoholem, což je, jak uvádí Nešpor **(55)** základní předpoklad pro její neefektivnost. Zajímavý je i výsledek z grafu 6, jež udává, že zhruba tři čtvrtiny dotázaných měli zkušenost s opilostí.

Následující grafy znázorňují místo konzumace alkoholu, zdroj podání alkoholu a frekvence pití alkoholických nápojů. Nejčastěji děti alkohol užívají venku s kamarády či doma, posléze si alkohol dopřávají v hospodách a dalších restauračních zařízeních (graf 7). Klíčovou roli v tomto případě přisuzují nízké vymahatelnosti zákona. Mělo by dojít ke zlepšení systému kontroly dodržování zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami, konkrétně se jedná o § 12, který upravuje zákaz prodeje a podávání alkoholických nápojů **(59)**. Souhlasím též s názorem, že svůj význam má i vysoce tolerantní postoj veřejnosti ke konzumaci alkoholických nápojů a neomezená cenová i místní dostupnost k jeho zakoupení **(59)**. S tímto souvisí i informace podložené grafem 8, kdy je nejčastějším zdrojem podání alkoholu jeho zakoupení (ve 44 %). Následujícím zdrojem podání alkoholu jsou vrstevníci a posléze rodiče, kdy dětem dovolí popít alkohol v rámci rodinných oslav apod. Toto potvrzuje i Pešek **(59)**, který uvádí, že dvě třetiny českých dětí požily alkoholické nápoje ještě před dosažením třináctého věku života a nejčastěji to bývá právě na rodinných oslavách, na pivních slavnostech, vinobraní, kdy

alkohol jim často nabízí sami rodiče. Tuto skutečnost potvrzuje i Váchův výzkum (80). Z tohoto plyne, že rodina je velkým rizikovým faktorem pro vznik proalkoholového chování, přičemž právě zdravá výchova v rodině je nejlevnější a zároveň nejúčinnější prevencí, která určuje další vývoj dítěte (49,50). Z grafu 9 lze vyčíst, že opět tři čtvrtiny respondentů se napijí alkoholu příležitostně a 17 % se občas opije. Tento fakt souhlasí s výsledky výzkumu ESPAD (12), kdy 67 % respondentů pije alkohol příležitostně (většinou na diskotékách či oslavách kamarádů) a 21 % žáků se občas opije. Podle Nešpora (55) je dřívější kontakt s alkoholem podstatně rizikovější pro vznik závislosti. Z tohoto důvodu je i zákon na ochranu dětí a mládeže před alkoholismem a jinými toxikománii. Je patrné, že samotné dodržování zákona neprobíhá ani v rodinách, kde je rodina nejúčinnější činitel pro formování a výchovu dítěte (49).

Otázky č. 10, 11 a 12 se ptaly na zkušenost s tabákovými výrobky. 39 % respondentů již experimentovala s kouřením cigaret a to průměrně v 11-ti letech. Zajímavým údajem je, že 18 % respondentů pravidelně kouří, z toho 10 % více jak 5 cigaret denně (graf 10). Pravidelně začínají děti kouřit ve 13 –ti letech (graf 11). Váchův výzkum (80) však dokládá první věk experimentu s cigaretami 10,3 let a věk pravidelného užívání 11,2. Primárně preventivní působení přichází v 10,4 letech a vyskytuje se opakovaně po zbývající dobu studia (Tabulka 3). Z tohoto vyplývá, že prevence přichází současně či o půl roku dříve než samotný experiment, avšak dle Kaliny (26) prevence nesplňuje požadavky na včasnost prevence, tj. dva až tři roky před vlastním experimentem.

Následující 4 otázky byly zaměřeny na rizikové chování v návaznosti na komunikační a informační technologie, které jsem rozdělila do několika kategorií.

První zkoumanou skupinou bylo vlastnictví a používání mobilního telefonu respondenty a hodnocení rizikovosti tohoto chování. Z mého výzkumu plyne, že 98 % dotazovaných vlastní mobilní telefon a v průměru jej získali v 9,4 letech (graf 12). Vácha uvádí (81), že je problematika mobilních telefonů ve společnosti značně podceňována. Respondenti průměrně získávají svůj první mobilní telefon v 9,8 letech,

což je oproti mému výzkumu o něco málo později (80). Možnost vzniku rizikového chování v návaznosti na používání mobilního telefonu byla zkoumána na pětibodové škále, přičemž hodnota 1 představovala subjektivní pohodu a hodnota 5 subjektivní nepohodu respondentů při nemožnosti komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu. Průměrná hodnota subjektivních pocitů celkově byla 2,7 bodů (graf 13). V převedeném měřítku má více než polovina respondentů velmi nepříjemné pocity. S tímto souvisí i fakt, že 91 % žáků svůj mobilní telefon nevypíná, či jej vypne pouze pokud je nucen. Z obsahové analýzy bylo zjištěno, že primární prevence rizikového užívání mobilního telefonu je realizována pouze na jedné škole z pěti a průměrný věk počátku prevence je 13 let (Tabulka 4), což nekoresponduje s pravidlem včasné a efektivní prevence (26). Fakt, že preventivní dění zaměřené na užívání mobilního telefonu je zařazeno pouze v jednom minimálním preventivním programu přisuzují absenci tohoto jevu v Metodickém pokynu MŠMT (46) a ostatních předpisech zabývajících se primární prevencí. Plně se v rámci této problematiky ztotožňují s názorem, že mobilní telefon může být spouštěčem pro šikanování či sloužit ke kyberšikaně, jež je nemalou budoucí hrozbou rizikového chování (82, 34).

Další šetřenou oblastí byl přístup respondentů k počítačům (graf 14). Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že 100 % žáků devátých tříd základních škol má přístup k počítači. 91 % těchto žáků má PC doma a může jej využívat bez omezení, tedy bez jakékoliv kontroly blízkou autoritou. Následující otázka se ptala na využívání počítačové techniky respondenty. Nejčastěji je počítač využíván k virtuální komunikaci prostřednictvím chatu a sociálních sítí (26%), ke hraní her (28%) a k získávání informací (25%). I v tomto případě bych chtěla upozornit na nedostatečnost primárně preventivního dění. Z obsahové analýzy je zřejmé, že otázkou prevence rizikového užívání počítačové techniky a internetu se zabývají tři školy z pěti, ke všemu pouze dvě základní školy opakovaně a dlouhodobě (Tabulka 5). Ovšem riziko netolismu či závislosti na počítačové technice se vzhledem ke stále modernějším technologiím značně zvyšuje. Internet zaručuje anonymitu, nabízí bezproblémovou komunikaci či uspokojení svých potřeb a postupně se vytrácí zájem o osobní a reálný kontakt s okolím

(63). Tímto však dochází ke snížení komunikačních a sociálních dovedností. Právě ty jsou dle Vágnerové základem pozitivní adaptace v prostředí a přispívají k adekvátnímu chování (78). Hála (16) uvádí možnou hrozbu i v probuzení agresivity, kdy se jedinec při hraní her podílí aktivně v akčních situacích než-li například pouhým sledováním televize.

Zkušenost s hrou na výherních automatech znázorňuje graf 16 (otázka č. 18). Upozorňuji na fakt, že 28 % dotazovaných automaty již hrálo, přestože je toto chování zákonem akceptovatelné až dosažením zletilosti. Toto opět usvědčuje nízkou vymahatelnost zákona. Vyzdvihuji fakt, že 38 % respondentů již automaty hrálo, přestože jsou hry na výherních automatech v ČR do 18-ti let zakázané. Toto opět svědčí o nedostatečné vymahatelnosti zákona. Z výzkumu jsem také zjistila, že 2 % respondentů hrají příležitostně. Dle Pokorného (62) je však příležitostné hraní již druhým stupněm k možnému patologickému hráčství. 3 % respondentů hraje pravidelně a 1 % by hrálo, nemá však peníze. Tato 4 % již projevují známky gamblingu. Z vyhodnocení dat vyplynulo, že podstatně větší vlastní zkušenosti s hraním mají chlapci. Tento názor podporuje i Kříž (31) a dodává, že gambling je často spojen s dalšími poruchami chování jako například užívání alkoholu či drog. Dle Váchy (80) hraní na výherních automatech začínají děti zkoušet již ve 12 letech, avšak preventivní dění na toto téma začíná kolem 14. roku. Z mého výzkumu vyplývá, že primární prevence je realizovaná v průměru ve 12,3 letech (Tabulka 6). Toto je v rozporu s Kalinou (26), kdy preventivní dění nepřichází včas. Přestože je prevence gamblingu obsažena v Metodickém pokynu MŠMT, pouze dvě základní školy ji mají zahrnutou v minimálních preventivních programech. Vágnerová (75) považuje gambling za latentní riziko v dospívající populaci, přesto není v naší republice věnována tomuto problému dostatečná pozornost. Přikyvuje tomu i Prunner (66) s faktem, že u mladistvých chybí rozsáhlejší výzkumy tohoto jednání. Kupříkladu výzkumy z USA ukazují, že téměř každý mladý Američan má zkušenost s hraním a 3,2 – 8,4 % z nich již může mít vážné problémy v důsledku hraní (66).

Další zkoumanou formou rizikového chování je užívání ilegálních drog. Vlastní zkušenost se zakázanou drogou má 45 % respondentů (graf 17). Graf 18 ukazuje užití dle typu drogy. Vyzdvihují fakt, že 63 % dotazovaných má zkušenost s marihuanou a 12 % zkušenost s hašišem. Někteří žáci tedy marihuanu vůbec nepovažují za ilegální drogu. Výsledky mého výzkumu potvrzují i data ESPAD 2007 (12), kde nejčastěji uváděnou nelegální látkou byla právě marihuana. Dle Nešpora (55) je však i pouhé experimentování s návykovými látkami spojeno s většími problémy v různých odvětvích života. Proto bychom nadpoloviční zkušenost respondentů s ilegální drogou neměly brát jen jako symptom složitějšího procesu dospívání.

Následujícími nejčastěji užívanými drogami jsou přírodní drogy (8 %), ředidla (6 %) a léky (5 %). Dále bylo zjištěno, že 4% respondentů užila LSD a 3% již mají zkušenost drogou extáze. Další užívání drog jako kokain (1 %) a pervitin (1 %) shledávám za statisticky nevýznamné (graf 14). Opět tyto údaje mohou srovnat s výzkumem ESPAD, kde se za marihuanou objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9,1 %), s užitím halucinogenních hub (7,4 %) a s čicháním rozpouštědel (7,0 %). Zkušenosti s LSD (5,0 %), extází (4,6 %) a amfetaminy (3,5 %) jsou nepříliš časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain jsou v populaci šestnáctiletých minimální (2 %,.) (12). Věk prvního užití ilegální nealkoholové drogy je dle Váchy 13,1 let (80). V mém výzkumu bylo zjištěno, že věk užití marihuany je též 13,7 let a průměrný věk užití ilegálních drog je 14,2 let (graf 19). Porovnáme-li tento údaj s počátkem realizace primární prevence (12,3 let – Tabulka 7), nenaplnujeme definici primární prevence, jelikož rozdíl mezi experimentem a prevencí činí 1,4 roku. Dle Kaliny (27) by totiž primární prevence měla přicházet dva až tři roky před vlastním experimentem. Z obsahové analýzy minimálních preventivních programů je též patrné, že primárně preventivní aktivity mají opětovaný charakter. S tímto souhlasí kritérium Nešpora (57), že účinný preventivní program by měl být soustavný a dlouhodobý.

Jako hlavní důvod užití drogy označovali žáci nejčastěji zvědavost (53 %) a vlastní rozhodnutí (19 %) (graf 20). Graf 21 ukazuje na frekvenci užívání návykových látek, přičemž nejčastěji byla volena odpověď „nepravidelně“ (70%). Graf 22 znázorňuje nejčastější zdroj drog. Jako nejrizikovější původce nabídky drogy je parta

(47 %) (graf 22).

Jaký postoj mají respondenti k drogám jsem zkoumala v otázce 23 (graf 23). Nečastější odpovědí byla lhostejnost (49 %). Braní drog odmítá či odsuzuje 47 % dětí. Jiná možnost ve všech případech spočívala v odpovědi, že pokud drogy nebere kamarád, nevadí jim to. Ovšem pokud užívá drogy přítel snaží se ho přemluvit, aby s tím přestal. Otázka 24 (graf 24) zjišťovala reakci žáků na nabízení drogy. Nejčastější odpovědí bylo odmítnutí, zvolilo jí 64 % dotazovaných. Zajímavé je, že 9 % respondentů by drogu přijalo a uschovalo a 2 % žáků by měkkou drogu přijalo, tvrdou odmítlo. V těchto údajích lze vidět prodrogový postoj a jistou hrozbu v rozvoji dítěte směrem k užívání nelegálních látek. V tomto případě je důležité trénování tzv. *life skills*, nebo-li dovedností pro život, jež zahrnují i trénink asertivity, zdravého prosazení, empatie, komunikace či schopnost čelit sociálnímu tlaku (78).

Dále jsem se ve své práci okrajově věnovala problematice šikany. Z grafu 25 plyne, že 25 % respondentů se se šikanou setkalo. Šikanu je nutno chápat jako poruchu vztahů nejen mezi agresorem a obětí, ale především v celé skupině či třídě (40). Proto se nám může číslo 25 % zdát vysoké. Průměrný věk, ve které se s opakovaným ubližováním setkali, je 10,8 let. Primární prevence šikany je opakovaně prováděna ve všech pěti základních školách. Je však průměrně realizována v 10, 2 letech (Tabulka 1), což neodpovídá dostatečnému časovému odstupu pro zahájení efektivní primární prevence (54).

Jak se k problému šikanování žáci staví, můžeme vypožorovat z grafu 26. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů by do šikany zasáhlo osobně (37 %) nebo oznámilo nějaké autoritě (32 %). Z empiricky získaných dat mohu doložit, že osobně by zasáhli především chlapci, zatímco dívky by šikanu raději oznámily.

Objekt šikany znázorňuje graf 29. Nepřehlédnutelnou skutečností je to, že 29 % respondentů již bylo obětí šikany. Toto potvrzují i výsledky výzkumů provedených odborníky v různých typech škol, kde se odhaduje, že je průměrně šikanováno asi 20 % žáků ZŠ a SŠ, přestože je zmapování šikany velice obtížné (49). Zejména lehčí formy a počáteční stádia šikanování zasahují velkou část školní populace. Také popírání

existence šikany a její zlehčování přispívá k nemožnosti účinně zasáhnout v oblasti prevence nebo potlačení tohoto krutého jevu (49).

V teoretické části je věnován úsek zvláštní formě šikany, kyberšikaně. Překvapivým zjištěním bylo, že alespoň na jedné základní škole věnují tomuto rizikovému chování pozornost. ZŠ 2 tuto problematiku zahrnuje do školního předmětu „Informatika“. Kyberšikanu můžeme chápat jako novodobou formu šikany a předpokládá se, že s nárůstem obliby mobilních telefonů, chatovacích programů a ostatních sociálních sítí její výskyt vzroste (34).

Otázky týkající se sexuálního styku jsem záměrně zařadila na konec. Z grafu 33 lze vyčíst, že 44 % žáků devátých tříd základních škol má již zkušenost s pohlavním životem. Alarmujícím zjištěním bylo, že průměrný věk začátku sexuálního života je 13,9 let, přestože je v naší republice povolen sexuální styk od 15 let. Potvrzuje to fakt, že v České republice je poměr sexuálně zkušených adolescentů velmi vysoký (68). Ani v této oblasti primární prevence nepřichází dostatečně včas, což považuji za velký nedostatek. Z tabulky 8 vyplývá, že průměrný věk počátku prevence rizikového sexuálního chování je 14,2 let. Přestože tuto prevenci opakovaně realizují ve všech školách, pozdní věk preventivních aktivit je opravdu zarážející. Okolnosti sexuálního styku ukazuje graf 34. Nejčastěji respondenti uváděli, že sexuální styk byl dobrovolný (35 %), chráněný (29 %) a se známým partnerem (19 %), což nepůsobí rizikově. Ovšem v odpovědích bylo označeno také odpovědi, že styk byl vykonán na diskotéce (10%), pod vlivem alkoholu (7,5%), nechráněně (4,5%) či s neznámým partnerem (3%). Tyto okolnosti hodnotím jako vysoce rizikové.

Pokud shrnu výše získané informace, mohu potvrdit hypotézu, že primární prevence není realizovaná v návaznosti na účinný přístup efektivní prevence tj. dva až tři roky před vlastním experimentem s rizikovým chováním.

Otázky 28 až 31 se zaměřovaly na to, jak respondenti hodnotí informace o tabáku, alkoholu, zakázaných drogách a šikaně z médií, od rodičů, kamarádů, sourozenců, ze

školy, z internetu, nástěnek a besed (graf 28 až 31). Nejvíce navádějící informace žáci vnímají u alkoholu, poté u tabákových výrobků, méně již u ilegálních drog a nejméně navádějící zprávy respondenti slýchávají o šikaně.

Pokud posoudím informace od jednotlivých zdrojů průměrně (graf 32), pak je zřejmé, že nejvíce navádějící směr k rizikovému chování přichází od kamarádů. Ty na škále 1 až 5 (1 – navádějící k užití, 2 – odrazující k užití) obsadili pozici 2,8. Podotýkám, že u alkoholu se umístili na místě 3, 6. U všech 4 typů rizikového chování zaujímali místo nejbližší k číslu 5. Ovšem právě důležitost kamarádů jako činitelů socializace v adolescenci je nepopíratelná. Dospívající jsou svými vrstevníky značně ovlivňováni a chtějí být jimi akceptováni (22). Plně souhlasím s názorem Nešpora (56), že vrstevnická skupina může představovat významný rizikový faktor. Zvláště pro seskupení vrstevníků jsou typické skupinové formy aktivit (konzumace drog, delikvence, promiskuita, násilí, atd.). Nepopírám však fakt, že vrstevníci mohou za jistých okolností plnit i funkci ochrannou (56).

Dalším navádějícím zdrojem k nežádoucímu chování je „internet“. Na škále se průměrně umístil na místě 2,5. Po internetu následují média, která průměrně obsadili pozici 2,4. Internet a média můžeme chápat jako další rizikové faktory pro vznik sociálně patologických jevů. Dle Kříže (32) je postavení hrdinů z billboardů, spotů, klipů a bulvárních tiskovin všedním životem pro dospívající nedosažitelné a tak se mohou objevovat náhrady jako cigarety, alkohol, drogy, sex, agresivita, nebezpečné hry a jiná komerčně propagovaná rizika.

„Nástěnky“ obsadili příčku na škále 1 až 5 a to číslo 2. Zajímavý je tedy fakt, že ne všechny školní nástěnky a materiály působí na žáky preventivně, i když by měly. Pozici 1,9 obsadili „sourozenci“, „škola“ společně s preventivní formou „besedy“ zaujímá pozici 1,7. Jak vidíme ani školní prostředí a výuka nejsou vnímány jako definitivně odrazující zdroj informací. A konečně rodiče na respondenty působí jako nejvíce odrazující zdroj. Zaujali pozici 1,5. Tímto mohu verifikovat stanovenou hypotézu, že nejvíce odrazující popud při zapojení dítěte do rizikového chování vychází od rodičů.

Celkově mohu vnímané informace hodnotit spíše jako odrazující od užití. Číslo 3 a výše obsadili pouze „kamarádi“, „internet“ a „médiá“ a to u informací týkajících se tabáku a alkoholu.

Druhá část výzkumu je zaměřená na celkový obsah minimálních preventivních programů základních škol. V obsahové analýze jsem se snažila vybrat ty nejzákladnější a nejdůležitější náležitosti, které by minimální preventivní program měl dle příslušných pokynů MŠMT obsahovat. Podotýkám, že programy vybraných základních škol byly různorodé, v některých případech opravdu obtížné na vyhodnocení, přesto jsem usilovala o vyhodnocení všech. Největší kámen úrazu shledávám v možnosti jednotlivých škol vytvořit si minimální program dle svých představ. Existuje návrh vzorové osnovy programu (viz. Příloha 3), avšak jednotná podoba nařízena není. 3 z 5 základních škol mají minimálně preventivní program uzpůsobený dle návrhu vzorové osnovy a zbývajících 2 základních školy se těchto kritérií dotýkají z části. Přesto jsem z jejich programů vytáhla ty nejpodstatnější údaje a zařadila je mezi body vzorové osnovy.

Minimální preventivní program je konkrétní program školy, který je zaměřen na osobnostní, sociální i komunikační rozvoj dovedností žáků. Měl by být založen na jejich aktivitě, např. na odmítání alkoholu a drog či smysluplném trávení volného času (**67**). Ve všech minimálních programech je kladen důraz právě na aktivní podílení žáků i učitelů při provádění primární prevence. Nejčastější formou prevence jsou besedy a diskuze s odborníky jako např. s Policií ČR, s pracovníky K-centra, s pracovníky pedagogicko-psychologické poradny či samotným vyškoleným školním metodikem prevence. Nešpor (**54**) je názoru, že mezi vysoce účinné formy preventivních aktivit patří peer programy, nácvik sociálních dovedností a komunikace školy s jinými organizacemi. S ostatními organizacemi jakou např. K-centrum, Pedagogicko-psychologická poradna, Policie ČR, Středisko výchovné péče atd. Všechny školy dle obsahové analýzy spolupracují. Avšak ani na jedné ze základních škol nevyužívají peer aktivisty. Velmi často také škola zařazuje vykonávání primární prevence do školního předmětu v rámci vyučování či v jednorázové přednášce. Toto je však považováno za

znak nedostačivé prevence (57). Hromadné promítání kinofilmů a ostatních videokazet bez následné diskuze je také stále používaná forma školní primární prevence (např. ZŠ 1 – Videokazety „Abeceda lidské sexuality“, „Silný proti slabému“, ZŠ 5 – Kinofilmy „Láska ano, dítě ještě ne“, „Negativní vliv drog na kriminalitu mládeže“). Důvodů může být několik. Promítání filmů postihne najednou mnohem více žáků, je to levné a časově nenáročné na vykonání ani přípravu. Ovšem přikyvuji názoru Radimeckého (67), že školní preventivní strategie by neměla být založena pouze na hromadných přednáškách a jednostranném předávání informací. Toto potvrzuje i Nešpor (55) jež definuje zásady efektivní primární prevence: program musí být malý, interaktivní, soustavný, měl by obsahovat více strategií a hlavně by měl obsahovat všechny formy rizikového chování. Z mé obsahové analýzy však vyplývá, že ani v jedné ze základních škol nemají upraveny primárně preventivní aktivity všech forem rizikového chování. ZŠ 3 a 5 zcela vypustila primární prevenci rizikového užívání počítačové techniky a netolismu. Primární prevenci gamblingu se dokonce nevěnují 3 základní školy (ZŠ 2,3 a 5). Tímto mohu potvrdit stanovenou hypotézu, že primární prevence zahrnuje pouze vybrané formy rizikového chování.

Pokud se zaměřím na kritérium spolupráce školy s rodiči, tak základní školy dle svých minimálních preventivních programů s rodiči komunikují v rámci třídních schůzek, popřípadě je vydáván školní zpravodaj. Otázkou je do jaké míry by mohla být komunikace jednostranná. Za vhodnou variantu zlepšení spolupráce školy s rodiči považují model ZŠ 3, kdy má každá třída 2 zástupce z rodičů, kteří jsou prostředníkem při řešení potřebných záležitostí. Právě rodina je jedním ze základních činitelů při vývoji osobnosti jedince (22), tudíž by se komunikace mezi školou a rodinou neměla brát na lehkou váhu.

Práce pedagogického sboru a vedení školy je ve všech školách úzce napojena na školní poradenské pracoviště, či školního metodika prevence. Ovšem na tvorbě minimálního preventivního programu by se měli podílet všichni pedagogičtí pracovníci (46). Školní metodici zodpovídají za realizaci preventivních opatření ve škole, jsou tedy klíčovou osobou a měly by znát zásady efektivní primární prevence (9). Všechny prošly potřebnými kurzy a školeními, aby mohly tuto pozici vykonávat.

Neméně důležitou podporou primárně preventivních aktivit je i vhodná a široká nabídka volnočasových aktivit (57). Zde musím uznat, že všechny školy mají opravdu pestrou nabídku školních i mimoškolních kroužků. Mezi nejčastější patří zejména sportovní hry, gymnastické kroužky, výtvarné kroužky, dramatické kroužky či pěvecké sbory.

Nakonec jsem v rámci obsahové analýzy chtěla zjistit, zda-li základní školy využívají evaluaci, dělají si evidenci a měří efektivitu. Evaluace napomáhá lépe porozumět tomu, co se odehrává uvnitř školy, poskytuje možnost reagovat na probíhající aktivity a lépe tak proniká mezi žáky a projevy rizikového chování (14). Pouze ZŠ 5 se ve svém minimálním preventivním programu o potřebě a realizaci evaluace nezmiňuje. Osobně souhlasím s názorem, že je evaluace jedním ze základních podmínek efektivní primární prevence (43).

Souhrnně považuji analyzované minimální preventivní programy za obecné a nekonkrétní. Ani v jedné ze zkoumaných základních škol primární preventivní dění nezahrnuje veškeré formy rizikového chování, který ukládá Metodický pokyn MŠMT, a primární prevence nepřichází dostatečně včas. Často se zapomíná na prevenci nedrogových závislostí jako například patologického hráčství, užívání PC či netolismu. Tím mohu potvrdit stanovenou hypotézu, že v oblasti nedrogových závislostí je ve školách primární prevence nedostatečná.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat oblasti primárně preventivního působení na základních školách a současně dle jejich včasnosti a zastoupení prevence vybraného rizikového chování provést vyhodnocení účinnosti primární prevence. Dalším cílem bylo zmonitorovat výskyt rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol.

Na začátku výzkumu byly stanoveny tři hypotézy:

H 1: Hlavní odrazující popud při zapojení dítěte do rizikového chování vychází od rodičů.

H 2: Primární prevence není realizovaná v návaznosti na účinný přístup efektivní prevence tj. dva až tři roky před vlastním experimentem s rizikovým chováním.

H 3: V oblasti nedrogových závislostí je ve školách primární prevence nedostatečná.

Tyto hypotézy byly na základě výzkumu verifikovány či falzifikovány.

Teoretická část diplomové práce vychází z odborné literatury. Jsou v ní popsány pojem rizikové chování, oblast školní primární prevence, cílová skupina – dospívající a vybrané formy rizikového chování. V praktické části byla zvolena kvantitativní i kvalitativní metoda. Konkrétně byla využita technika dotazníku a obsahová analýza dat z minimálních preventivních programů. Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili žáci devátých tříd v 5 základních školách v regionu Příbramsko. Sebráno bylo celkem 223 platných dotazníků. Návratnost byla 100%. Údaje získané z obsahové analýzy minimálně preventivních programů byly vzájemně komparovány s daty sebranými kvalitativním výzkumem.

Za nejvýznamnější poznatky, které vplynuly z mého výzkumu považuji fakt, že ačkoli je prodej alkoholu a cigaret osobám mladším 18-ti let zakázaný a zákon je tedy i nástrojem primární prevence, není dostupnost k těmto drogám složitá. Většina respondentů si legální drogy obstarává právě v obchodě či od kamarádů.

Informace, které nejvíce navádějí k zapojení dítěte do rizikového chování, vychází

od kamarádů-vrstevníků. Dalším rizikovým zdrojem je internet a samozřejmě média. Primární prevence naplno neprobíhá ani ve škole, i zde žák slýchává navádějící informace. Nejvíce odrazujících zpráv respondenti získávají od rodičů.

Primární prevence rizikového chování také nepřichází dostatečně včas. Preventivní aktivity jsou realizovány buď současně s experimentem nebo maximálně rok a půl před zahájením rizikového chování, což nespĺňuje požadavek včasnosti prevence dle Kaliny.

Z mého výzkumu také vyplývá, že minimální preventivní programy jsou často koncipovány jako obecné a nekonkrétní. Primární prevence ve všech základních školách zahrnuje pouze vybrané formy rizikového chování, především se zapomíná na prevenci nedrogových závislostí. Tři z pěti základních škol zcela vypustily primární prevenci patologického hráčství a dvě školy preventivní aktivity vůbec nesoustředí na rizikové užívání počítače a možný vznik netolismu.

Domnívám se, že stanovené cíle byly naplněny.

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

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

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. *Adiktologie* [online]. 28. 02. 2006 [cit. 2010-05-09]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/70/154/Rizikove-chovani.html>>.
2. *Alkohol: Účinky a rizika pití alkoholu* [online]. 2010 [cit. 2010-06-15]. Drogový informační server. Dostupné z WWW: <http://www.drogy.net/portal/alkohol/co-je-to-akohol/ucinky-a-rizika-piti-alkoholu_2006_02_16-2.html>.
3. ARTERBURN, S., BURNS, J. *Drogy klepou na dveře: Výchova, prevence, léčba*. 1. vyd. Brno: Nová naděje, 2001. 211 s. ISBN 80-86077-03-9.
4. BENDL, S. *Neukázněná třída aneb kázeňské minimum pro učitele*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 298 s. ISBN 80-7254-624-4.
5. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2 ©1999-2002, poslední aktualizace 3.9. 2002.
6. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 2.5 (2002). ©1999-2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002.
7. *Co je to kyberšikana?* [online]. 2008 [cit. 2010-05-01]. Minimalizace šikany: Informační portál o šikaně na školách. Dostupné z WWW: <<http://www.sikana.net/co-je-to-kyberikana>>.
8. CSÉMY, L. a kol. Pití alkoholu a užívání drog u dospívajících v ČR. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 4. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2003. s. 43-55. ISBN 80-902898-3-5.
9. ČERNÝ, M. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. In *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad

vlády ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. 12 s. ISSN 1214–1089.

10. *Drogy-info.cz* [online]. 2008 [cit. 2010-06-27]. Drogy a legislativa. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/zakon_pod_lupou/drogy_a_legislativa.
11. EMCDDA: *Summary of the 2007 ESPAD report*. Lisboa, 2009. ISBN 978-92-9168-357.
12. ESPAD. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 2007*. [online]. 2007 [cit. 2008-04-25]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/espac_2007_tiskove_materialy.
13. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
14. GALLÁ, M. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. 1. vydání v českém jazyce. Úřad vlády České republiky, 2005. 156 s. ISBN 80–86734-38–2.
15. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.
16. HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 52s. ISBN 80-7040-815-4.
17. HAMANOVÁ, J. Rizikové chování v dospívání. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2001. s. 9-21. ISBN 80-902-898-1.
18. HAMANOVÁ, J., KABÍČEK, P.: Syndrom rizikového chování v dospívání. In: *Lékařské listy*, 2002, no 4, s. 38-40.

19. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3
20. HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9
21. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. 2006 [cit. 2010-06-10]. Drogy-info.cz. Dostupné z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu>.
22. JEDLIČKA, R. a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
23. JELÍNEK, M. a kol. Vrstevnická konformita jako faktor rizikového chování mladistvých: Struktura, zdroje, dopady. In *Československá psychologie*. 2006, 5, s. 393-404. ISSN 0009-062X.
24. JESSOR, R. (1991). Risk behavior in adolescence: S psychosocial framework for understanding and action, *Journal of adolescent Health*, 12(8). 597-605.
25. JESSOR, R. *MŠMT* [online]. 2006 [cit. 2010-05-27]. Rizikové chování v dospívání. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/rizikove-chovani-v-dospivani?highlightWords=rizikov%C3%A9+chov%C3%A1n%C3%AD>>.
26. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
27. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
28. KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4

29. KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 256 s. ISBN 80-7178-513-X.
30. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti*. [online]. [cit. 2010-05-21]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.
31. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 155 s. ISBN 80-70-40-386-1.
32. KŘÍŽ, J. Rizikové chování mládeže a zdravotní strategie WHO. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2001. Rizikové chování v dospívání. s. 7-8. ISBN 80-902-898-1.
33. KUNÁK, S. *Vybrané možnosti primární prevence negativních vplyvov na deti a mládež*. 1.vyd. Bratislava: Iris, 2007. 145 s. ISBN 978-80-89256.
34. *Kyberšikana u českých dětí* [online]. 2010 [cit. 2010-06-10]. Centrum prevence rizikové virtuální komunikace. Dostupné z WWW: <<http://prvok.upol.cz/index.php/vyzkum/37-kyberikana-u-eskych-dti-zavry-z-vyzkumneho-eten-projektu-e-bezpei-a-centra-prvok-zai-listopad-2009>>.
35. LÁBÁTH, V. a kol. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 157 s. ISBN 80-85850-66-4.
36. LANGMAJER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4., přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
37. MACEK, P. *Adolescence*. 2., upravené vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
38. MARKOVÁ, M. Vliv sociální opory na rizikové chování dospívajících. In: *Kontakt*. 2007, 9, 1, s. 137-140. ISSN 1212-4117.

39. MARTANOVÁ, V. a kol. *Učební texty specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. 1 vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, 2007. 159 s. ISBN 978-80-254-0525-3.
40. MARTÍNEK, Z. Šikana – varianta agresivního chování. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 5. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2004. s. 86-92. ISBN 80-902-898-1.
41. MASÁR, O., NOVOTNÝ, J. *Vybrané kapitoly z problematiky starostlivosti o toxikomanov*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2004. 150 s. ISBN 80-7040-702-6.
42. McGRATH, Y. a kol. *Prevence užívání drog mezi mládeží: Přehled dostupných informací*. 1. vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 74 s. ISBN 978-80-87041-16-1.
43. MŠMT ČR. *Evaluace a diagnostika preventivních programů*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, odbor pro mládež, 2002 [online]. [cit. 2010-04-20]. Dostupný z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/valuace.pdf>>.
44. MŠMT ČR. *Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví*. [online]. [cit. 2010-05-16]. Dostupný z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/LPMethodickypokynkjednotnemupostupuomlouvani.doc>>.
45. MŠMT [online]. 2. 2010 [cit. 2010-06-27]. *Seznam platných právních předpisů v resortu školství, mládeže a tělovýchovy podle stavu 1.6.2010*. Dostupné z WWW: <<http://www.msmt.cz/file/11075>>.
46. MŠMT. *Metodický pokyn k prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách školských zařízeních*. [online]. [cit. 2010-05-25]. Dostupné

z:

<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_preveni_SPJ_k_podpisu_mini.doc>.

47. MŠMT. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení* [online]. [cit. 2010-05-25]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/pro-novinare/metodicky-pokyn-k-prevenci-a-reseni-sikanovani-mezi-zaky?highlightWords=metodický+pokyn>>.
48. MŠMT. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. [online]. Praha 2005 [cit. 2010-05-25]. Dostupné z: <<http://www.ipp.cz/ac/pdf/JChStandardyPP.pdf>>.
49. MŠMT. *Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012* [online]. [cit. 2010-05-25]. Dostupné z www: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/strategie-prevence-socialne-patologicky-jevu-u-deti-a>>.
50. MŠMT. *Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení*. [online]. [cit. 2010-05-05]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/prevence.doc>>.
51. MŠMT. *Volný čas a prevence u dětí a mládeže* [online]. [cit. 2008-04-07]. Vydalo MŠMT odbor pro mládež. Praha 2002, Dostupný z: <<http://www.volny.cz/metodik/kniha.htm>>.
52. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009*. [online]. [cit. 2008-01-24]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/cs/rvk/rkpp/publikace/Strategie_05-09_CZ_web.pdf.
53. *Nestačí přivřít oči* [online]. 2008 [cit. 2010-06-10]. Minimalizace šikany: Informační portál o šikaně na školách. Dostupné z WWW: <<http://www.sikana.info/media-o-sikane/141-nestaci-privrit-oci>>.

54. NEŠPOR, K. *Metodika prevence ve školním prostředí*. [online]. [cit. 2010-04-25]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/meto1.doc>>.
55. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualizované vyd. Praha: Portál, 2007. 152 s. ISBN 80-7367-267-6.
56. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.
57. NEŠPOR, K. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999. s. 40. [online]. [cit. 2010-04-25]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/pripre7r.doc>>.
58. NÝVLTOVÁ V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.
59. PEŠEK, R. a kol. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2008. 88 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
60. PEŠEK, R., NEČESANÁ K. *Kouření aneb závislost na tabáku*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2008. 42 s. ISBN 978-80-254-3580-9.
61. PEŠEK, R., NEČESANÁ K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2009. 73 s. ISBN 978-80-254-5971-3.
62. POKORNÝ, V. – TELCOVÁ, J. – TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04
63. *Prevence.net: monitoring, prevence, diskuse...*[online]. 2007 [cit. 2008-04-11]. Článek. Mgr. Pavel Vácha. Dostupný z: <http://www.prevence.net/Science/vacha_02.pdf>.

64. *Prevention responses to drug use in the EU* [online]. 2008 [cit. 2010-06-10]. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction . Dostupné z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>>.
65. *Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2005. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.
66. PRUNNER, P. *Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí*. 1. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 273 s. ISBN 978-80-7380-074-1
67. RADIMECKÝ, J. a kol. *Učební texty ke kurzu: Prevence adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, 2007. 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.
68. ROZEHNALOVÁ, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících*. 1. vydání. Praha: Cevap, 2005. 146 s. ISBN 80-902898-8-6
69. ŘÍČAN, P. KREJČÍŘOVÁ D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 603 s. ISBN 80-7169-512-2.
70. SCHWARZ, Š. *Přístupy k řešení drogové problematiky*. In VELEMÍNSKÝ, Miloš, STUDENOVSKÝ, Petr. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 250 s. ISBN: 978-80-7394-064-5.
71. SVOBODA, M. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
72. *Šikana jako etický, psychologický a pedagogický problém. Sborník příspěvků z konference, Praha, 19. března 2009*. Brno: Tribun EU, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7399-857-8.

73. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6
74. TURČEK, K. *Psychopatologické a sociálně-patologické prejavy dětí a mládeže*. 2. prepracované a doplnené vyd. Bratislava: Iris, 2003. 168 s. ISBN 80-88778-99-9.
75. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky 2.díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. 100 s. ISBN 80-7083-730-6.
76. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětsví a dospívání*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-2460956-8.
77. VÁGNEROVÁ, M., KLÉGROVÁ, J. *Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 538 s. ISBN 978-80-246-1538-7.
78. VÁGNEROVÁ, M.: *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. Praha: Karolinum, 2001. 1. vyd., 304 s. ISBN 80-246-0181-8.
79. VÁCHA, P. a kol. *Evaluační a diagnostika pro ředitele na ZŠ*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2009. 20 s. ISSN 1801-8424.
80. VÁCHA, P. Potřeba specifické primární prevence. *Evaluační a diagnostika*. Praha: 2008, roč. 11, č. 11, s. 1-8. ISSN 1801-8424
81. VÁCHA, P. *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti*. In VELEMÍNSKÝ, M., STUDENOVSKÝ, P.. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 250 s. ISBN: 978-80-7394-064-5.
82. VÁCHA, P. *Vývoj a vznik drogové závislosti*. In VELEMÍNSKÝ, Miloš, STUDENOVSKÝ, Petr. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních*

služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 250 s. ISBN: 978-80-7394-064-5.

83. VOJTOVÁ, V.: *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti.* Brno: Masarykova univerzita, 2005. 1. vyd., 94 s. ISBN 80-210-3532-3.

84. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008.* 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2009. 123 s. ISBN 978-80-87041-99-4.

85. ZÁBRANSKÝ, T.: *Drogová epidemiologie.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 1. vyd. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- Dospívající
- Rizikové chování
- Závislost
- Primárně preventivní program
- Školní metodik prevence

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: *Tabulka 1*

Příloha 2: *Dotazník pro žáky*

Příloha 3: *Návrh osnovy minimálně preventivního programu*

Příloha 1: *Tabulka 1 - Rozlišení problémového a poruchového chování*

Záměr v nežádoucím chování jedince	
Žáci s problémem v chování	Žáci s poruchou chování
- o svých problémech ví a vadí mu, normy nenarušuje úmyslně, jejich porušování je výsledkem konfliktu mezi vnějšími požadavky a vnitřními potřebami žáka, nálepkou problémového žáka trpí a vyvolává v něm negativní emocionální zážitek	- není s danými normami v konfliktu, nepřijímá je, zpravidla nepocituje vinu ve vztahu k důsledkům vlastního jednání
Časová dimenze nežádoucího způsobu chování	
Žáci s problémem v chování	Žáci s poruchou chování
- problémy bývají krátkodobé, mívají vývojové souvislosti, bývají důsledkem nezvládnutých konfliktů se sociálním okolím	- porušuje normy dlouhodobě, vývojová specifika morálního vývoje způsobí nežádoucího chování prohlubují
Náprava, kompenzace, reedukace	
Žáci s problémem v chování	Žáci s poruchou chování
- k nápravě vedou cílená pedagogická opatření, speciálně pedagogické metody kompenzují nežádoucí chování žáka, způsoby jinými, které by mu současně umožňovaly přiměřené naplánování potřeb	- náprava vyžaduje speciální péči, směřuje k převádění způsobů a cílů chování společensky nepřijatelného chování, které je přijatelné

Zdroj: Vojtová, V.: Kapitoly z etopedie I.

Příloha 2: *Dotazník pro žáky*

Dobrý den milá žákyně, milý žáku,

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

1. Kolik je ti let?

2. Jsi dívka nebo chlapec?

a) dívka b) chlapec

3. Ve škole se cítím:

a) velmi dobře

b) dobře bez výrazných problémů s učiteli a spolužáky

c) špatně kvůli běžným problémům s spolužáky

d) špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli

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

f) velmi špatně kvůli stálým neshodám s převážnou většinou učitelů

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

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

4. Ke svému rodinnému prostředí máš vztah:

a) vřelý vztah

b) dobrý vztah bez podstatných problémů

c) normální vztah

- d) vztah občas narušený nedorozuměním a problémy
- e) negativní vztah se stálými problémy a hádkami
- g) pro trvalou rodinnou krizi v posední době doma nežiji

5. Ochutnal/a jsi alkohol?

a) ano (*vepiš kolik ti bylo let*)

b) ne

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

6. Byl/a jsi už někdy opilý/á?

a) ano

b) ne

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

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

9. Jak často alkohol piješ?

a) vůbec

b) příležitostně

c) v malém množství (sklenička po jídle)

d) denně bez návaznosti na jídlo

e) občas se opiji

f) jinak (*vepiš jak*)

10. Kouříš tabákové výrobky

a) příležitostně

b) denně do 5ti cigaret

c) víc jak 5 cigaret denně

- d) kouřil/a jsem, ale již nekouřím
- e) zkusil/a jsem, ale nekouřím
- f) nikdy jsem to nezkusil/a

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

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

13. Vlastníš mobilní telefon?

- a) ano
- b) ne
- c) vlastnil/a jsem mobilní telefon, ale už ho nemám

14. Vypínáš mobil?

- a) nikdy (ani v noci, ve škole aj.)
- b) ano, ale jen když musím
- c) vypínám, nevaří mi to

15. Označ své pocity, když nemáš možnost komunikace prostřednictvím mobilního telefonu s ostatními lidmi (SMS, telefonování, aj.)

Naprosto mi to nevaří 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Mám velmi nepříjemný pocit

16. Máš přístup k počítači?

- a) ano, mám jej doma a mohu jej libovolně využívat
- b) ano, mám jej doma, ale nemohu jej libovolně využívat
- c) ano, ale nemám jej doma
- d) mám přístup pouze ve škole
- e) nemám přístup

17. K čemu používáš počítač?

- a) sestavování vlastních programů (tvorba videí, fotek, aj.)
- b) získávání informací, internet
- c) hraní her (instalovaných v PC)
- d) online hraní her
- e) chatování programy (ICQ, Facebook, aj.)
- f) návštěva erotických stránek
- g) zpracování údajů a materiálů do školy
- h) jiné

18. Máš vlastní zkušenost s hrou na výherních automatech?

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

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

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

jiné (*vepiš jaké, vepiš věk*).....

b) ne

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

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

21. Užila jsi nějakou drogu opakovaně?

a) ne

b) ano, ale ne pravidelně

c) ano, pravidelně

- 1) denně (*vepiš jakou drogu*).....
- 2) několikrát týdně (*vepiš jakou drogu*).....
- 3) jednou týdně (*vepiš jakou drogu*).....
- 4) vícekrát měsíčně (*vepiš jakou drogu*).....
- 5) jednou měsíčně (*vepiš jakou drogu*).....

d) užíval/a jsem, ale již neužívám (*vepiš jakou drogu*).....

22. Od koho jsi získal/a zakázanou drogu?

a) kamarád z party

b) někdo známy

c) spolužák ze třídy

d) spolužák ze školy

e) rodiče

f) sourozenec

g) jiný příbuzný

h) někdo jiný

23. Užívání zakázaných drog jinými lidmi:

a) radikálně odsuzuji

b) odsuzuji, ale nevystupuji proti tomu

c) je mi to jedno, ať si každý dělá co chce

d) schvaluji

e) jiný – (*jaký, vepiš*).....

24. Mně nabízenou zakázanou drogu:

a) radikálně odmítnu a oznámím to nějaké autoritě

b) odmítnu

c) přijmu, ale vyhodím

d) přijmu, ale uschovám

e) tvrdě odmítnu, měkké přijmu

f) přijmu, užiji a požádám o další

g) nevím

25. Máš zkušenosti s opakovaným ubližováním (šikana)?

a) ne

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

26. Pokud máš zkušenost s opakovaným ubližováním/šikanou týkalo se:

a) mne samotné

b) spolužáka ze třídy

c) spolužáka ze školy někoho

d) z rodiny

e) kamaráda

f) neznámé osoby

g) více osob ze třídy více osob ze školy

h) někdo jiný

27. Jaký je tvůj postoj k šikaně?

a) radikálně odmítám, oznámím to nějaké autoritě

b) odmítám, neoznámím, zasáhnu osobně

c) odmítám, ale neoznámím ani nezasáhnu

d) je mi to jedno, je to jejich věc

e) občas se přidám

f) je to normální

g) neumím či nemůžu se bránit, jsem sám šikanovaný/á

28. Jak hodnotíš informace o tabákových výrobcích z:

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

b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

29. Jak hodnotíš informace o alkoholu z:

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

b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

30. Jak hodnotíš informace o zakázaných drogách z:

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

b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

31. Jak hodnotíš informace šikaně:

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

b) rodiče odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

c) kamarádi odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

d) sourozenec odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

e) škola odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

f) internet odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

g) nástěnky odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

h) přednášky/besedy odrazující k užití 1 – 2 – 3 – 4 - 5 navádějící k užití

32. Máš osobní zkušenost s pohlavním životem?

a) ano - *v kolika letech poprvé, vepiš věk*

b) ne

33. Pokud jsi již měl/a pohlavní styk, o jaký styk se jednalo?

a) dobrovolný

b) nedobrovolný

c) chráněný

- d) nechráněný
- e) pod vlivem alkoholu/drog
- f) na nebo po diskotéce
- g) se známým partnerem
- h) s neznámým partnerem
- i) s rodinným příslušníkem
- j) pod vlivem násilí

Děkuji Ti za vyplnění dotazníků a přeji krásný den!

Příloha 3: *Návrh osnovy minimálně preventivního programu*

Minimální preventivní program

ŠKOLNÍ ROK/.....

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Název a adresa školy, pro kterou platí tento MPP	
Jméno a příjmení ředitele	
Telefon na ředitele	
E-mail na ředitele	

Jméno a příjmení školního metodika prevence	
Telefon	
E-mail	

Jméno a příjmení výchovného poradce	
Telefon	
E-mail	

	Počet tříd	Počet žáků/studentů
ZŠ - I stupeň		
ZŠ - II.stupeň		
8leté Gymnázium – (Prima až Kvarta)		
6leté Gymnázium – (Prima až Sekunda)		
SŠ – ostatní		
Celkem		

Použité zkratky:

MPP – Minimální preventivní program

RCH – Rizikové chování
NNO – Nestátní neziskové organizace
ŠMP – Školní metodik prevence

ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

VSTUPNÍ INFORMACE A JEJICH ZDROJE

Sociální okolí školy

(Zmapovat a stručně popsat místní specifika týkající se RCH, specifika žáků navštěvujících školu, jaké jsou silné a slabé stránky ve spolupráci s okolím školy - místními odborníky z NNO, lékaři, Policií ČR, kurátory pro mládež... v oblasti prevence a řešení RCH.)

Informace od pedagogů

(Jak hodnotí pedagogové situaci v oblasti RCH na škole? Na jaké formy RCH by se měla škola zaměřit? S čím mají pedagogové největší problémy? Co by třídní učitelé potřebovali k tomu, aby se jim lépe řešily případy RCH ve třídách?... Jakým způsobem byly informace získány – např. diskuse v rámci pracovních porad, dotazník...)

Informace od rodičů

(Jak hodnotí situaci v oblasti RCH na škole? Co dělá podle nich největší starosti jejich dětem – žákům školy? Na jaké jevy by se měla škola podle nich zaměřit? Jakým způsobem byly informace od rodičů získány – např. diskuse v rámci třídních schůzek, dotazník...)

Informace od žáků

(Jaká je situace ve výskytu RCH na škole z pohledu žáků? Jak hodnotí sociální klima školy a své třídy? Co by potřebovali k větší spokojenosti ve škole? Jakými způsoby byly tyto informace získány - např. schránka důvěry, diskuse v rámci vyučovacích hodin, dotazník, ...)

Hodnocení MPP minulého školního roku

(S jakými formami RCH byl ve škole největší problém, jaká je prognóza jejich výskytu do budoucnosti, co se osvědčilo a co nikoli – vyhodnocení provedených preventivních aktivit, zvážit v čem dál pokračovat a co se naopak ukázalo jako neúčinné,...)

CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

(Na co se chceme v daném školním roce v rámci prevence zaměřit a jak, jaký problém chceme řešit...). Seřadit si cíle podle priorit školy, které by měly být stanoveny podle jejich závažnosti na základě zmapování situace ve škole. Návrh opatření, jež by měla vést k naplnění stanovených cílů, zpracujte do části C. Minimální preventivní program.)

Hlavní cíl	obecný cíl, k němuž bude realizace MPP ve škole/zařízení směřovat – tj. čeho chce realizátor MPP ve škole v obecné rovině dosáhnout.
Specifické cíle	více specifické popisy stavu, který chce MPP prostřednictvím plánovaných intervencí docílit, např. ve vztahu k výskytu a/nebo dopadům určité formy RCH. Naplnění specifických cílů podporuje naplnění obecného cíle. Konkrétní cíle vztahující se k určité cílové skupině a jsou časově termínované. (Příklad: popis jak komunikovat s kolegy, žáky, rodiči – nástěnky, pravidelné konzultace, osobní setkání, emailová komunikace...)

Příklad:

Hlavní cíl	Podporovat rozvoj znalostí a sociálních dovedností žáků, jež jim umožní činit informovaná rozhodnutí ve vztahu k různým formám rizikového chování
Specifické cíle	Prostřednictvím interaktivní výuky v předmětu....podporovat žáky v osvojování dovedností kriticky přemýšlet, klást otázky a vyjádřit svůj názor.
	2) Prostřednictvím řešení projektů v rámci výuky předmětu....podporovat u žáků rozvoj dovedností konstruktivně řešit problémy

*)Řádky přidejte podle potřeby

MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

(Vycházejte z cílů stanovených v předchozí části B. V následujících bodech konkretizujte účelné postupy, opatření a aktivity, kterými chcete výše stanovených cílů dosáhnout.)

PRÁCE PEDAGOGICKÉHO SBORU A VEDENÍ ŠKOLY

V oblasti přímé práce pedagogů

(Vychází z části A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP. Definujte návrh opatření, jež by měla vést k dalšímu zdokonalování práce pedagogů, k odstranění možných příčin výskytu RCH ze strany školy, školního řádu, způsobu práce pedagogů se žáky – způsob řešení výskytu RCH ve škole..., vzájemná spolupráce pedagogů....)

Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence RCH

(V případě že dosud neznáte nabídku konkrétních vzdělávacích akcí, uveďte předpokládané zaměření, rozsah zamýšleného vzdělávání, počet pedagogů a přibližné datum realizace.)

Název a odborné zaměření vzdělávání	Počet hodin	Plánované datum konání	Realizátor – organizace, odborník	Počet školených pedagogů

*) Řádky přidejte podle potřeby

Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence RCH

(V případě že dosud neznáte nabídku konkrétních vzdělávacích akcí, uveďte předpokládané zaměření, rozsah zamýšleného vzdělávání a přibližné datum realizace.)

Název a odborné zaměření vzdělávání	Počet hodin	Datum konání	Realizátor – organizace, odborník

*) Řádky přidejte podle potřeby

Způsob spolupráce s ostatními pedagogy ve škole

(Definujte způsob spolupráce s kolegy, způsob vzájemného předávání informací,... vychází z vyhl. č. 72/2005, Sb. Na některých školách se osvědčilo založit s kolegy „preventivní tým“, v rámci kterého se zapojení pedagogové podílejí na tvorbě a realizaci aktivit v prevenci RCH. Pokud jej na škole nemáte, zvažte jeho založení. Pokud jej máte nebo plánujete jeho založení, uveďte, kdo je jeho členem, jak často budou probíhat porady, kdo co bude dělat,...)

SPOLUPRÁCE ŠKOLY S RODIČI

Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP

(Představení ŠMP rodičům na třídních schůzkách a jejich seznámení s tím, kdy (konzultační hodiny), kde (v kterém kabinetu) a co (vypsat min. viz vyhl. č. 72/2005 Sb.) s ním mohou konzultovat; kontakt na ŠMP do žákovské knížky, nástěnka s informacemi o práci ŠMP s kontaktem, informování rodičů o možnosti zapojit se do prevence ve výuce i mimo ni – např. lékaři, policisté, právníci...)

Aktivity pro rodiče

(Přednášky a besedy na téma prevence RCH – vychází z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP)

Název aktivity	Datum konání	Realizátor, přednášející

*) Řádky přidejte podle potřeby

Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

(Výlety, brigády, dny otevřených dveří, táborák, sportovní aktivity, kulturní akce,...)

Název aktivity	Datum konání	Vedoucí programu

*) Řádky přidejte podle potřeby

PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

(Při volbě náplně a typu programu zohledňujícího věk žáků je možno vycházet z dokumentu MŠMT – „Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení“ - který mimo jiné popisuje potřebné znalostní kompetence žáků a způsob realizace k nim vedoucích aktivit v jednotlivých ročnících (<http://www.msmt.cz/vzdelavani/dokumenty-13>) a z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP.)

Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

(Osobní představení se ŠMP v jednotlivých třídách a seznámení žáků s tím, kdy (konzultační hodiny), kde (v kterém kabinetu), jak (osobní schůzka, schránka důvěry + jaký je způsob odpovídání na vhozené dotazy, školní časopis...) a v jakých záležitostech (vypsat min. viz vyhl. č. 72/2005 Sb., např. šikana, násilí – ve škole, doma, sexuální a jiné zneužívání, ohrožení, závislosti,...) ho/ji mohou kontaktovat.)

2.1 Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce, která je součástí učebních osnov

(Aktivity, které jsou součástí učebního plánu (např. na základě již zpracovaného Školního vzdělávacího programu) + aktivity které nejsou součástí učebního plánu. Jde o aktivity, které nereagují na aktuální problémy a týkají se všech tříd v daném ročníku: např. zvyšování sebevědomí žáků, rozvoj jejich komunikačních dovedností, podpora konstruktivního řešení problémů, osvojování dovedností klást otázky a vyjádřit svůj

názor, řešení stresu, učení vzájemné pomoci, schopnost říci si o pomoc a zvyšování povědomí o tom, kam se v jakých záležitostech obrátit, vyrovnávání se s neúspěchem, obrana před manipulací, předávání informací a prožitkové programy zaměřené na dodržování práva, na prevenci závislosti na návykových látkách včetně alkoholu a tabáku, gamblingu, rasismu, sexuálního a jiného zneužívání, působení sekt a některých nových náboženských směrů,...)

Preventivní aktivity realizované školou

ročník (třídy)

Vyučovaný předmět	Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)	Učitel

*) Řádky přidejte podle potřeby

Příklad:

ročníky (třídy)

Vyučovaný předmět	Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)	Učitel
Prvouka	Osobní bezpečí při cestě do školy a ze školy (návštěva dopravního hřiště, beseda se strážníkem Městské policie apod.)	Mgr. F. Pavlíček
Prvouka	Zásady vzájemné komunikace mezi dětmi a dospělými (samostatná práce dětí, hraní rolí)	Mgr. E. Kožená

Preventivní aktivity realizované externími spolupracovníky školy

ročník (třídy)

Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)	Realizátor	Odpovědný pracovník školy

Příklad:

5.ročník (třídy)

Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)	Realizátor	Odpovědný pracovník školy

Adaptační kurz – „Na jedné lodi“ (zážitková pedagogika)	□rezent o.s.	Mgr. E. Kožená
Primární prevence Phoenix – program pro 5. ročník: pozitivní a negativní vlivy na zdraví, formy pomoci... (interaktivní besedy, hry)	Společnost atd. o.s.	Mgr. F. Pavlíček
Sexuální chování (přednáška)	Zdravotní ústav	Mgr. J. Novák

*) Řádky přidejte podle potřeby

2 Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na konkrétní situaci ve třídě

(Aktivity, které nejsou součástí učebního plánu a reagují na specifickou situaci v třídním kolektivu či mezi třídními kolektivy, která byla zaregistrována na základě šetření ke zjištění situace ve škole, provedeného před zpracováním MPP např. pomocí dotazníku, diskuse atd. – viz blok A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP. Jedná se o programy cíleně zaměřené na řešení výskytu konkrétních forem RCH – např. násilí, šikana, výskyt a užívání drog včetně alkoholu a tabáku, rasismus a jiné projevy netolerance,... na které budou navazovat další aktivity podle aktuálního vývoje situace. Pro každý jednotlivý jev a třídu použijte samostatnou následující tabulku.)

Forma RCH, která bude řešena:	
Jak byla situace zjištěna:	
Kdo bude situaci řešit – jméno učitele nebo externího odborníka, organizace:	
Kdy bude situace řešena:	
S použitím jakých metod bude intervence vedena:	
Způsob ověření efektivity intervence:	
Poznámky/komentáře:	

*) Další tabulky přidejte podle potřeby.

3. Jednorázové aktivity pro žáky

(Jednorázové aktivity uvádějte podle tříd/ročníků, pro něž jsou aktivity určeny. Pro každou třídu/ročník použijte vždy jednu tabulku – viz níže. (Příklady forem jednorázových aktivit - přednáška, beseda, projekce videofilmů s následnou diskusí apod.)

... třída/-y/ročník/-y			
Název a forma aktivity, akce	Datum	Realizátor	Odpovědný pracovník školy

*) Řádky přidejte podle potřeby

2. 4. Dlouhodobé preventivní aktivity pro žáky

(dlouhodobé vzdělávací a/nebo prožitkové programy realizované ve škole externími spolupracovníky např. od 6. – 9. tř. xy lekcí za 1. pololetí)

... třída/-y/ročník/-y			
Název a forma aktivity, akce	Datum	Realizátor	Odpovědný pracovník školy

2.5. Volnočasové aktivity pro žáky

(Školní kroužky, školní kluby, školní víkendové a prázdninové akce,...)

Název aktivity, akce, kroužku	Datum nebo frekvence konání	Vedoucí programu

*) Řádky přidejte podle potřeby

OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE RCH

(Uved'te to, co se nepodařilo včlenit do ostatních doporučených bodů MPP.)

SPOLUPRÁCE S OKOLÍM ŠKOLY

(Vychází z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP. Popis opatření vedoucích ke zlepšení způsobu spolupráce s odborníky, lékaři, policií, odborem sociálních věcí a zdravotnictví MěÚ, ..., způsob většího zapojení okolí do činnosti školy)

Organizace	Jméno pracovníka	Kontakt (adresa, telefon, e-mail)	Způsob zapojení pracovníka do spolupráce

*)Přidejte řádky podle potřeby

EVIDENCE A EFEKTIVITA

(*struktura evaluace (I. evaluace plánování, II. evaluace průběhu, III. evaluace výsledku - zkusit si odpovědět na otázky: 1. co evaluací zjistíme?? a 2. na závěr se pokusit si na získané otázky odpovědět??)*)

(*způsob monitorování a hodnocení účinnosti realizovaných aktivit, vedení vlastních záznamů o: výskytu RCH ve škole v daném školním roce, vzdělávacích akcích pro pedagogy, preventivních aktivitách pro žáky... Jakým způsobem se budou tyto aktivity vyhodnocovat např. dotazník, diskuse..., jaké jsou výstupy z jejich hodnocení + zpracování závěrečné zprávy o plnění MPP...)*

SEZNÁMENÍ PRACOVNÍKŮ ŠKOLY S MPP

	Datum	Podpis ředitele/ředitelky školy
Seznámení ředitele/ředitelky školy s MPP		
Seznámení pedagogického sboru školy s MPP		

Zdroj: Pedagogicko-psychologická poradna. *Doporučená struktura MPP*. [online]. 2010 [cit. 2010-6-25]. Dostupné z:<<http://www.pppcb.cz/index.php?stranka=clanek&parent=3&kategorie=94&id=164>