

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ U ŽÁKŮ ZŠ A JEHO PREVENCE

Bakalářská práce

Datum:

Autor: Michaela Jánková

Vedoucí práce: Mgr. Josef Hošek

ABSTRACT

Risk behaviour of children and adolescents is an up-to-date issue with an upward trend. Our society tries to prevent the negative behaviour occurrence and development by implementing primary prevention measures.

This thesis deals with the incidence of risk behavior in basic school pupils. It focuses on the pupils' experience in alcohol drinking, smoking tobacco and marijuana.

The theoretical part defines the basic concepts of social pathology, describes the period of puberty, selected forms of risk behavior and its prevention. The aim of this study was to survey the incidence of risk behavior – addictive substance abuse. Another objective was to describe the methods and forms of prevention. In order to meet the purposes, in the practical part the quantitative method of data collection by means of a questionnaire survey was used. The school concerned was ZŠ Pohůrecká in České Budejovice where both the survey and the analysis of internal school documents were carried out. The results were interpreted using graphs and tables. They were also compared with some surveys from previous years.

The results show an increase in addictive substance use and the still declining age of the first experience with them. In terms of alcohol drinking pupils mentioned the first use as early as at the age of 9 years and the first cigarette at the age of 10 years. What I consider alarming is pupils' high experience in drunkenness. The research also shows a high availability of tobacco products, as almost half of respondents say that they can get cigarettes easily in shops. The experience with marijuana has been proven in a quarter of pupils attending the second stage of the basic school. It was the school that was reported more frequently by pupils as the main source of prevention.

The outcomes of the thesis could be used as a basis for pedagogical staff to get informed on the current occurrence of these forms of risk behavior, for teaching and a further research to be carried out to make prevention more effective.

ABSTRAKT

Rizikové chování dětí a dospívajících je velmi aktuální téma, které zaznamenává vzestupnou tendenci. Primární prevencí tohoto negativního chování se společnost snaží předcházet jeho vzniku a rozvoji.

Bakalářská práce se zabývá výskytem rizikového chování u žáků základní školy. Je zaměřena na zkušenosti žáků s pitím alkoholu, kouřením tabákových výrobků a marihuany. Teoretická část vymezuje základní pojmy sociální patologie, popisuje období puberty, vybrané formy rizikového chování a jeho prevenci. Cílem této práce bylo zmapovat výskyt projevů rizikového chování – užívání návykových látek. Dalším cílem bylo popsání metod a forem jeho prevence. K jejich splnění byla prostřednictvím praktické části použita kvantitativní metoda sběru dat pomocí dotazníkového šetření na ZŠ Pohůrecká v Českých Budějovicích a analýza dat interních dokumentů této školy. Výsledky byly interpretovány pomocí grafů a tabulek. Byly také porovnávány s některými výzkumy z minulých let.

Z výzkumu vyplývá nárůst v užívání návykových látek a stále snižující se věková hranice první zkušenosti s nimi. V souvislosti s alkoholem uvedli žáci první užití již v 9 letech a věk první cigarety v 10 letech. Za alarmující považují výraznou zkušenost žáků s opilostí. Výzkum dále ukazuje vysokou dostupnost tabákových výrobků, jelikož téměř polovina dotázaných uvedla, že si cigarety v obchodě bez problémů zakoupí. U marihuany se ukázala zkušenost u čtvrtiny žáků 2. stupně základní školy. Jako zdroj prevence jednoznačně v největší četnosti žáci uváděli školu.

Výsledky práce by mohly být využity jako podklad pedagogickému sboru pro jejich aktuální přehled o výskytu těchto forem rizikového chování, pro potřeby výuky a pro další výzkum v rámci zefektivnění prevence.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma Rizikové chování u žáků ZŠ a jeho prevence vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Podpis.....

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat mému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Josefu Hoškovi za jeho odborné vedení, potřebné a cenné rady a trpělivost, kterou mi věnoval při psaní této práce. Dále mé poděkování patří zúčastněným respondentům za spolupráci a své rodině za podporu.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Sociální patologie	9
1.1.1 Sociálně patologické jevy a rizikové chování.....	10
1.2 Dospívání	12
1.2.1 Pubescence (puberta)	12
1.2.2 Osobnost v období puberty	13
1.2.3 Socializace v období puberty	14
1.2.4 Životní styl	15
1.2.5 Rizikové faktory	15
1.3. Rizikové formy chování dětí a mládeže	16
1.3.1 Užívání návykových látek	16
1.3.1.1 Alkohol	18
1.3.1.2 Tabák	20
1.3.1.3 Marihuana	22
1.3.2 Šikana.....	25
1.3.3 Záškoláctví.....	26
1.3.4 Kriminalita	26
1.4 Závislost na návykových látkách	27
1.5 Prevence rizikového chování	28
1.5.1 Primární prevence	29
1.5.2 Koordinace primární prevence.....	29
1.5.3 Efektivní prevence	30
1.5.4 Drogová prevence na školách	30
1.5.5 Klíčové dokumenty pro prevenci rizikového chování.....	31
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	32
3. METODIKA	33
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4. VÝSLEDKY	34
4.1 Výsledky dotazníkového šetření	34
4.2 Prevence rizikového chování na ZŠ Pohůrecká v Č. Budějovicích.....	49
5. DISKUSE.....	53
6. ZÁVĚR	58
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
8. KLÍČOVÁ SLOVA	66
9. PŘÍLOHY	

ÚVOD

Téma „Rizikové chování u žáků ZŠ a jeho prevence“ jsem si zvolila z důvodu jeho aktuálnosti. Práce se zaměřuje na zkušenost žáků s alkoholem, tabákem, marihuanou a na prevenci rizikového chování.

Rizikové chování dětí a mládeže je celosvětovým problémem. V období puberty člověk získává první zkušenosti s návykovými látkami, které jsou něčím novým, lákavým a jejich užívání je často projevem revolty proti autoritám. U žáků ZŠ je nejrozšířenější návykovou látkou alkohol a tabák. Na tuto skutečnost má značný vliv vysoká tolerance společnosti k těmto látkám a jejich snadná dostupnost. I přes zákonné opatření není hranice 18 let vždy dodržována. Mladí lidé si neuvědomují, že čím dříve začnou s užíváním návykových látek, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku závislosti či poškození zdraví.

Děti a mládež dnešní doby jsou v jakémsi prostoru, který není vybaven žádným stabilnějším systémem hodnot. Úkolem školy, rodičů a společnosti je vytvoření jejich smysluplné životní orientace, naučit je rozpoznat a odmítat negativní jevy. Období dětství a dospívání je vhodné k osvojování si správných návyků a forem chování vztahující se ke zdraví. Tento postoj do jisté míry ovlivňuje výběr vrstevnických skupin a trávení volného času.

Učitel současné doby by měl být nejen dobrým pedagogem, ale také vychovatelem, organizátorem, psychologem, vyšetřovatelem a poradcem. Praxe totiž nepřináší jen potěšení z předávání vědomostí a dovedností, ale často i konfrontaci s rizikovým chováním, které se ve stále hojnější míře objevuje na ZŠ a učitel je prvním, kdo může jeho řešení napomáhat.

Rizikové chování se mezi žáky ZŠ vyskytovalo, vyskytuje a pravděpodobně vyskytovat bude, i přes veškerou snahu odborníků. Je ale potřeba tyto jevy omezit, kontrolovat a oddálit je do co nejvyššího věku. Pokud chceme eliminovat negativní dopady rizikového chování, musíme klást větší důraz na primární prevenci, vzdělávání pedagogů v této problematice, změny ve společnosti a spolupráci rodičů se školou.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Sociální patologie

Termín sociální patologie zavedl do sociologie H. Spenser v druhé polovině 19. století. Ve svém původním významu zahrnoval tento pojem velice širokou oblast sociálních jevů. V současnosti se užívá sociální patologie v praxi ke sledování negativních jevů podle jejich obsahu, periodicity a územního hlediska. Jde o tzv. indikátory sociální patologie (34).

Sociální patologie označuje všechny nenormální či všeobecně nežádoucí společenské jevy. Patří sem všechny sankcionované formy deviantního chování. Pro patologické označení je zásadní pojetí normality v dané společnosti. Sociální patologie využívá ke studiu a hledání příčin patologického chování poznatků více vědních disciplín a je schopna řešit celou řadu problémů jednotlivců i společnosti, hledá východiska a předkládá možnosti jejich řešení (40).

Odchylku od očekávaného chování, které představuje sociální norma platná v určité společnosti vymezuje termín *sociální deviace* (40). Normami se řídí každá společnost, regulují chování člověka, skupin i společnosti. Společnost tyto normy přijímá jako určitá pravidla. Některé jsou kontrolovány institucemi (policie, soudy, úřady) a některé ne (slušné chování). Normy se mění, vyvíjí a jejich hranice se posouvá. Lidé tolerují v různé míře drobné odchylky. Ochota a schopnost společnosti tolerovat určité chování, které vybočuje ze sociálních norem se nazývá toleranční limit, který ovlivňuje hodnotová a normativní struktura dané společnosti. Příkladem je fakt, že v některých společnostech je pití alkoholu různě tolerováno a v jiných zcela zakázáno (34).

Sochůrek rozlišuje v souvislosti se sociálními normami tyto 3 druhy chování:

- *Asociální chování* – jde o porušení společenských pravidel, které ještě nedosahuje úrovně ničení společenských hodnot, např. život na okraji společnosti.
- *Disociální chování* – jde o společensky nepřizpůsobivé a nepřiměřené chování. Tito lidé jsou schopni navenek dodržovat běžné sociální normy.

- *Antisociální* – toto chování je záměrně nařízeno proti společnosti, proti normám a hodnotám. Typickým příkladem je kriminalita **(34)**.

Na rozdíl od sociální patologie znamená sociální deviace širší pojem a rozděluje se na negativní a pozitivní deviace. Mezi pozitivní patří např. vegetariánství či abstinence. Mezi negativní deviace se řadí např. různé druhy závislostí. Sociální deviace tvoří jen část širokého pojmu deviace, které se týkají i jiných oborů, např. sexuální deviace **(34)**.

Existují 3 směry zkoumání a chápání sociálních deviací:

- Biologické teorie – představitelé této teorie spatřovali příčiny deviantního chování v dědičných faktorech
- Psychologické – zastánci této teorie považují za příčiny deviantního chování různé psychické poruchy
- Sociologické – tyto teorie se zabývají především rolí společnosti, na rozdíl od předešlých, které se zabývají hlavně rolí individua **(34)**.

1.1.1 Sociálně patologické jevy a rizikové chování

Pod pojmem sociálně patologické jevy se rozumí takové chování jedince, které se projevuje nezdravým životním stylem, porušováním zákonů, sociálních norem, chování, jednání a etických hodnot. Toto chování pak ve svém důsledku vede k individuálním či celospolečenským problémům **(29)**.

Předpoklad existence společenských nedostatků, které různým způsobem postihují jedince i celou společnost jsou základní teorií sociální psychologie. Jsou hledány prostředky, jak tyto patologické jevy omezit či jim zabránit. Pozornost se soustřeďuje na příčinu vzniku těchto jevů, terapii a hlavně na prevenci, která musí navazovat na výsledky empirických výzkumů **(40)**.

Mezi základní činitele vztahující se k riziku vzniku sociálně patologických jevů patří využití volného času, rodina, škola, vrstevníci, chování jednotlivce samostatně a ve skupině, fyzické a psychické zdraví, sociální zdatnost a četnost požívání návykových látek **(29)**.

Sociálně patologické jevy v současné společnosti dle Vykopalové:

- Sociálně patologické jevy související s rodinou:
 - syndrom CAN
 - domácí násilí na ženách, seniorech a dětech
 - rozvodovost
- Závislosti:
 - alkoholové
 - drogové
 - mentální anorexie
 - bulimie
 - patologické hráčství
 - sekty
- Asociální chování a jednání:
 - šikanování
 - mobbing
 - extremismus
- Kriminalita dětí a mládeže
- Sebevražednost **(40)**.

Změna terminologie – termín sociálně patologické jevy se nahrazuje novým termínem rizikové chování, který je v souladu s terminologií v zemích EU **(21)**.

Rizikovým chováním se rozumí takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných (včetně vzdělávacích) a dalších rizik pro jedince nebo společnost **(27)**. V současnosti patří k nejčastějším projevům rizikového chování u dospívajících užívání návykových látek, zejména alkoholu, tabáku a drog **(41)**.

1.2 Dospívání

Dospívání, které přináší biologické, psychické a sociální změny se může za nepříznivých situací a podmínek stát rizikovým pro výskyt sociálně patologického chování. Toto vývojové období má pro člověka většinou rozhodující význam **(15)**.

Období dospívání je charakterizováno jako přechod mezi dětstvím a dospělostí **(39)**. Z biologického hlediska lze toto období vymezit jako životní úsek ohraničený na straně jedné prvními známkami pohlavního zrání a zřetelnou akcelerací růstu, na straně druhé plnou pohlavní zralostí a dokončením tělesného růstu. Z hlediska psychického dochází ke změnám v oblasti pudových tendencí, emoční labilitě a myšlení. Dochází také k novému sociálnímu zařazení jedince. Dospívání se dále člení na tyto dvě období:

➤ *Pubescence*, která má dvě fáze:

- Prepuberta, vymezující se obdobím 11-13 let
- Vlastní puberta, která se dá vymezit obdobím 13-15 let **(16)**.

➤ *Adolescence* – toto období poskytuje jedinci čas a možnost stát se dospělým v oblasti biologické, psychické i sociální. Vymezuje se obdobím 15-20 let **(39)**.

1.2.1 Pubescence (puberta)

Období puberty lze popsat jako obdivuhodný proces růstu a zrání, skládající se z tisíce dějů, které se uskutečňují ve všech orgánech a vzájemně do sebe zapadají, ovlivňují se a podmiňují. Spouštěčem a koordinátorem tohoto procesu je hypofýza, vytvářející řídicí hormony. Puberta se vyznačuje prudkými a hlubokými psychickými změnami **(20)**.

Puberta je obdobím nejdynamičtější, komplexní proměny v životě jedince **(39)**. Vyznačuje se emoční labilitou a nejistotou, hledáním sama sebe, vlivem vrstevníků na sebehodnocení, konflikty, kritičností, odpoutáním se od rodiny a jejích hodnot. Vyhraňují se zájmy, četba, hudba aj. **(16)**.

K důležitým znakům tohoto období patří *změna myšlení* – rozvoj formálních logických operací – jejichž podstatou je schopnost uvažovat i o jiných variantách, i o těch, které nejsou reálné. To vede ke zvýšené kritičnosti k existujícím požadavkům a normám, projevující se potřebou projevit svůj názor. Tato tendence se pak projevuje

drzostmi, polemizováním či provokováním. Tímto způsobem se dospívající jedinec osamostatňuje od rodičovské i školní autority **(38)**.

V tomto období se mění citové *prožívání*, kdy bývají dospívající labilnější a citlivější. Emoční reakce jsou nápadnější a nepřiměřené, projevují se větší impulzivitou a nedostatkem sebeovládání. Z toho plynou konfliktní situace a napětí v mezilidských vztazích. Dospívající nechtějí dávat najevo své city, bývají zranitelnější a nejistí. Výsledkem bývá jejich vztahovačnost **(39)**.

Dospívání je období kritické pro utváření identity jedince **(18)**. Erikson označuje toto období jako fázi hledání a utváření *vlastní identity*. Pubescent překračuje hranici aktuální reality, usiluje o sebeurčení i hypoteticky **(39)**. Důležité je dosažení jasného a stabilního pocitu vlastní identity. Jedinec si klade řadu otázek, na které hledá odpovědi (např. kdo jsem, kam směřuji, jaký jsem a kam patřím). Mnozí dospívající úzkostlivě pozorují své niterné stavy a stále více přemýšlejí o svých vnitřních konfliktech **(16)**.

Důležitým projevem puberty je *tělesná změna*. V tomto období vzrůstá subjektivní význam zevnějšku, který se projevuje zvýšenou pozorností nejen k vlastnímu tělu ale i k oblečení. Nespokojeností se svým zevnějškem se trápí více dívky než chlapci **(39)**.

Mezi další projevy puberty patří zvýšená unavitelnost, kolísání aktivační úrovně, výkyvy v sebehodnocení, odmítání rodinných hodnot a u většiny jedinců snížený zájem o učivo **(38)**. Zhoršující se školní prospěch způsobují obtíže při koncentraci pozornosti **(16)**.

1.2.2 Osobnost v období puberty

Dospívání je obdobím bouřlivým, kdy jedinec usiluje o nezávislost a snaží se o integraci své osobnosti. Osobnost je definována jako dynamický rozvoj chování, identity a jedinečnosti člověka. Pojem chování zahrnuje procesy myšlení, rozhodování, emoce, tělesné činnosti či sociální interakci. Lidské chování utvářejí interpersonální a intrapersonální síly. Tyto síly jsou označovány jako dynamika osobnosti, kterou má každý člověk složitě strukturovanou. Patří sem fyziologické, psychologické a sociální

potřeby, které působí jako motivační činitelé, dále i napětí a konflikty, vyvolávány tlaky z nitra osoby či z jejího prostředí (5).

Existuje mnoho různých teorií osobnosti, které vysvětlují interakci dynamických sil působících v životě každého jedince. Erikson definuje dospívání jako 5. stádium – identita proti zmatení rolí, kdy člověk sjednocuje dosavadní představy o sobě samém a vědomí identity mu dává důvěru, že jeho sebepojetí odpovídá tomu jak ho vidí ostatní (5).

1.2.3 Socializace v období puberty

Socializace (začleňování do společnosti) je celoživotní proces při němž jedinec přijímá společenské normy chování, životní styl a hierarchii hodnot. Dítě v tomto procesu dosahuje dospělosti a utváří si vlastní sebepojetí a identitu ve společnosti (6). Postupně se uvolňuje z přílišné závislosti na rodičích a navazuje významnější *vztahy ve vrstevnických skupinách*. Tento proces emancipace od rodiny je nutný pro osobní zrání (16). Role získané ve skupině vrstevníků se liší od těch, které se nějak vztahují k dospělým. Vrstevníci se stávají neformálními autoritami a mohou mít větší vliv než dospělé autority (39). Tyto skupiny mají své normy, které nejsou vždy sociálně přijatelné (38). Pro dospívajícího je důležité obstát v očích vrstevníků jako někdo, kdo plně sdílí její hodnoty. To představuje pro každé dítě více či méně stresující nárok (19).

V souvislosti se začleňováním dětí je potřeba zmínit praktické uplatňování principů inkluzivní pedagogiky, která je v našich podmínkách teprve v začátcích. Inkluzivní vzdělávání totiž představuje dlouhodobý trend, jehož cílem je úplné přijetí každého dítěte, tj. i dítě s postižením, narušením a ohrožením. Inkluze je přístup, kdy se základní myšlenka integrace postupně rozvíjí v novou, vyšší kvalitu, jelikož je již heterogenita žáků chápána jako normalita (17).

Období puberty uzavírá důležitý sociální mezník, kterým je ukončení povinné školní docházky a *volba povolání* (39). Do počátku puberty je toto téma spíše předmětem fantazie, která souvisí s přáním čím chce být. Okolo 11 let začíná dítě

uvažovat o svých schopnostech, školním prospěchu, podmínkách přijetí na školu a začíná srovnávat svá přání s těmito skutečnostmi (16).

1.2.4 Životní styl

Životní styl je projevem lidské osobnosti, patří sem všechny lidské aktivity od myšlení přes chování až po jednání. a sehrává zásadní roli v oblasti negativních jevů ve společnosti (6). Životní styl je tvořen a dotvořen interakcí jedince s jeho prostředím a podléhá vnějším i vnitřním změnám (28).

1.2.5 Rizikové faktory

V době slábnoucího vlivu některých rodin na děti a rostoucího vlivu médií a vrstevnických skupin začíná být škola viděna jako prostředí schopné zaručit to nejlepší na dítě. Dnes se od tohoto působení očekává více, než je možné (19).

Dědičnost – osobnostní vlastnosti, většina lidských postojů a i zájmů jsou dědičné. Tyto charakteristiky jsou z tohoto hlediska méně zkoumány než z hlediska vlivů prostředí. Současná populace si chce i potřebuje myslet, že lidského jedince je možno dalekosáhle programovat vlivy prostředí (19). Mezi rizikové faktory na úrovni jedince patří poruchy chování, citlivá a zranitelná osobnost, nízké sebevědomí, komunikační schopnosti, sklony k agresivitě atd. (6).

Rodina – nejpřirozenější prostředí pro výchovu a utváření sociálních vztahů. Je pro dítě modelem společnosti, prostřednictvím kterého se učí a usiluje o vrůstání do společenských podmínek. Současná výrazná nestabilita rodiny je společenským problémem, který představuje řadu příčin vzniku sociálně patologických forem chování. Řada funkcí, které dříve plnila rodina přechází na výchovně vzdělávací instituce (40). Emancipovanost žen snižuje jejich angažovanost v tradiční ženské roli v rodině, hospodyně a vychovatelky (19). Specifická role rodičů je spatřována ve skutečném jednání se svými dětmi a jejich zájmu o vzájemně respektující a akceptující vztah. Tím mohou svým dětem poskytnout podporu při vývoji jejich vlastní seberegulace (18).

Mezi rizikové faktory na úrovni rodiny se řadí špatné vztahy, nejasná pravidla chování, nevyužití volného času, absence rodičů či nedostatek času pro děti (6).

Vrstevnícké skupiny – silně působí na chování dětí a mládeže. Tato skupina představuje pro každé dítě značnou zátěž z pohledu boje o sociální pozici ve skupině, kam patří specifická úprava zevnějšku, preferovaná hudba, vztah k rodičům, kouření, alkoholu, drogám atd. (40). Děti jsou ve volném čase často v úzkých vrstevníckých skupinách, což souvisí s rozšířením některých negativních jevů. Počátky tohoto rizikového chování jsou spatřovány v nezájmu rodičů a způsobu trávení volného času. K rizikovým faktorům na úrovni vrstevníků patří příslušnost k rizikové partě, přátelé mající problémy s autoritami, s chováním či s drogami (6).

Škola – zvýšený výskyt rizikového chování a dynamika vývoje by měly být apelem na tyto instituce, které připravují a realizují programy prevence tohoto chování. Rizikovým faktorem se může stát špatná či nedostatečná primární prevence (6).

Média – neorganizovaného času dospívajících se zmocňují média která propagují kouření či pití alkoholu jako běžný jev. Doba sledování televize je v průměru delší, než všechny mimoškolní aktivity (19).

Společnost – vysoká tolerance k negativním sociálním jevům, nízká či naopak vysoká sociální třída, rizikové chování v médiích či příležitost k nelegálním činnostem patří mezi společenské rizikové faktory (11).

1.3. Rizikové formy chování dětí a mládeže

1.3.1 Užívání návykových látek

Mezi návykové látky patří alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky, které mohou nepříznivě ovlivňovat psychiku a chování člověka (40). Žáci, kteří užívají návykové látky, mívají často problémy s prospěchem, docházkou a dodržováním školního řádu (25).

Podle některých studií hrají drogy sociální funkci jako nezbytný prostředek sociálních rituálů typických pro osobnostní zrání, individualizaci a identifikaci. Zvyšují

pocit sounáležitosti se skupinou a často se tím vymezují proti autoritě rodičů a hodnotovému systému společnosti. Uspokojují si tak potřebu skupinového zařazení. Týká se to hlavně alkoholu, tabáku a konopí (6).

Je potřeba rozlišovat pojmy užívání a zneužívání návykových látek. Mnoho dospívajících užívá legální a méně často nelegální drogy, ovšem k vlastnímu zneužívání dochází jen u malého procenta z nich (5-10%) a ještě menší procento se na nich stane závislými. Zneužívání drog, které může vést až k závislosti se definuje jako situace, při které je jedinec konfrontován s přímými či nepřímými negativními důsledky užívání. Dospívající, kteří zneužívají drogy, nejsou vždy schopni najít míru sebekontroly a nezbytnou rovnováhu mezi experimentováním s drogou a poškozováním sebe sama (9).

Akutní intoxikace je stav, kdy se dají prokázat jasné známky aplikace látky v blízké minulosti. O akutní intoxikaci jde pouze v případě, že se neprokáže škodlivé užívání či závislost.

Při *škodlivém užívání* návykových látek dochází k tělesnému či duševnímu poškození v důsledku návykové látky a trvání příznaků trvá nejméně jeden měsíc nebo se vyskytlo opakovaně během jednoho roku.

Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících:

- závislost na návykových látkách se vyvine mnohem rychleji než u dospělých
- vyšší riziko těžkých otrav způsobené nižší tolerancí, větším sklonem k riskování a nezkušeností
- vyšší riziko nebezpečného jednání
- zaostávání v psychosociálním vývoji
- problémy ve škole, doma, riziko trestné činnosti
- zneužívání více látek současně či přechod od jedné k druhé
- časté recidivy závislosti, dlouhodobá prognóza může být ovšem mnohem příznivější (23).

Dělení drog podle jejich účinků:

- látky centrálně tlumivé – alkohol, barbituráty
- stimulantia – amfetamin, pervitin, kokain, nikotin, kofein

- opiáty – kodein, heroin, morfin, megafon
- halucinogeny – LSD
- konopné látky – marihuana, hašiš
- inhalanty
- závislosti na lécích (34).

Dělení drog podle legálnosti:

- legální drogy – tyto drogy jsou běžně společensky tolerovány, ale může na ně vzniknout stejná závislost jako na ilegálních (alkohol, nikotin, léky a kofein)
- ilegální drogy – nejsou společností tolerovány a jejich přechovávání, prodej či předání je v rozporu se zákonem (marihuana, hašiš, barbituráty, amfetaminy, pervitin, heroin, opium, morfin a kokain)

Dělení drog podle rizika závislosti:

- drogy s mírným rizikem – relativně nízké riziko rozvoje závislosti, tyto drogy jsou společností spíše akceptovány (kofein, marihuana)
- drogy s vysokým rizikem – riziko závislosti i riziko komplikací velmi vysoké (35).

Dělení drog podle složení:

- přírodní, které se užívají v původní přírodní podobě (konopí)
- polysyntetické, kdy je výchozí surovina přírodní a chemicky upravená (kokain, LSD)
- syntetické, kdy jsou drogy vyráběny chemickou cestou (37).

1.3.1.1 Alkohol

Alkohol je nejrozšířenější, nejčastěji užívanou a v evropském sociokulturním prostředí značně tolerovanou psychoaktivní látkou. Hlavní psychoaktivní složkou je etanol (líh), který se vyrábí kvašením rostlinných produktů s obsahem sacharidů. Jeho užití probíhá téměř výhradně perorálně a rychle se vstřebává sliznicí tenkého střeva do krevního oběhu (8). Podle WHO je pro dospělého jedince ještě bezpečnou dávkou 16g (ženy) a 24g (muži) čistého lihu za den. Tomuto množství odpovídá přibližně 0,5 l

piva či 2 dcl vína. Podle amerického výzkumu je u dětí, které začaly kouřit a pít alkohol v mladším věku vyšší riziko, že budou užívat nelegální drogy (13).

➤ *Historie*

Dějiny pití alkoholu jsou neodmyslitelně spojeny s dějinami lidstva. Typické je spojení užívání alkoholu se společenskými událostmi v minulosti i v současnosti. Existují popisy užívání při náboženských obřadech, jako nápoj pro pobavení, ale i užívání léčebného (33).

➤ *Účinky*

Alkohol je považován za životabudič, přestože tlumí centrální nervový systém. Po požití už velmi malého množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů či rozhodování. Alkohol oslabuje vnímání bolesti, při vysoké koncentraci tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti (33).

V psychické oblasti odstraňuje zábrany, proto je člověk zpočátku uvolněný, společenský, plný euforie, ale může být i agresivní. Tento stav se nazývá akutní opojení alkoholem (stav opilosti). Po vypití dalšího alkoholu dochází k silné intoxikaci, kdy se přidávají poruchy řeči, rovnováhy, ztráta sebekontroly, později spavost, nevolnost, zvracení a v horším případě bezvědomí (28,33).

➤ *Vliv alkoholu na zdraví*

Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější než pro dospělé, jelikož dětská játra ho nejsou schopna odbourávat tak jako dospělá (24). U dětí je proto zvýšené nebezpečí otrav a rychlejší nástup závislosti (13).

Alkoholické nápoje zvyšují nebezpečí jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, nervového systému i duševních nemocí (24). Dlouhodobá konzumace alkoholu navozuje změny mozkových struktur, dlouholeté škodlivé užívání může způsobovat poruchy paměti a alkoholovou demenci (8).

➤ *Závislost na alkoholu*

Ve vztahu k alkoholu existují 4 skupiny osob:

1. *abstinenti*, kteří nikdy alkoholické nápoje neužívají
2. *konzumenti*, kteří tak dostávají potřebnou tekutinu do těla a její chuť mají rádi
3. *pijáci* pijí alkoholické nápoje pro alkohol v nich obsaženému a jejich chuť mají rádi

4. *alkoholici* – závislí na alkoholu (28).

Alkoholismus se projevuje nadměrnou, pravidelnou a zdraví ohrožující konzumací alkoholu (13).

Proces rozvoje závislosti podle Jellineka:

1. stadium – počáteční stádium, kdy si je člověk vědom, že pije odlišně než ostatní, pití mu přináší uspokojení a proto zvyšuje četnost i množství alkoholu
2. stadium – varovné, kdy se zvyšuje tolerance k alkoholu, zhoršuje kontrola nad ním a člověk se za pití začíná stydět
3. stadium – rozhodné, charakteristické každodenní konzumací alkoholu, konflikty a rozpadem interpersonálních vztahů
4. stadium – konečné, kdy se tolerance k alkoholu začíná snižovat, dochází k psychickému a fyzickému chátrání, člověk není schopen fungovat s alkoholem ani bez něj (8).

Mezi rizikové faktory vzniku závislosti patří snadná dostupnost alkoholu, poruchy chování ve školním věku, mladí muži, kteří mají otce závislého na alkoholu, vzdělání a další sociální faktory (40).

➤ *Abstinční příznaky*

Nastávají již několik hodin po skončení pití, Vrcholí 2.–3. den a odeznívají přibližně do týdne. Patří sem třes, halucinace, neklid, agresivita a v těžších případech těžká porucha vědomí - delirium tremens (33).

1.3.1.2 *Tabák*

Nejohroženější skupinou kouření tabákových výrobků představují děti, jelikož jsou mnohem vnímavější na účinek cigaretového kouře než dospělí a závislost se u nich dostaví v mnohem kratším čase. Aktivní kouření dětí a mládeže je příčinou častých onemocnění dýchacího ústrojí, u dívek poruch menstruace a v budoucnu jsou adepty na vznik nádorových a srdečně cévních onemocnění (31).

Mezi mladými lidmi stoupá spotřeba tabáku a alkoholu. Jejich dostupnost je pro nezletilé prakticky neomezená, i přes to, že je to v rozporu s platnými zákony – zákon

č. 379/2005 Sb. k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, který uvádí, že je prodej alkoholu a tabákových výrobků zakázán osobám mladším 18 let **(37,42)**.

Kouření mladých lidí je přímo spojeno s kouřením dospělých. Mladí kuřáci mají sklon k rebelství, malé sebevědomí a často se chovají riskantně. Kriticky důležité je kouření rodičů, u starších dětí potom kouření kamarádů. Děti jsou rovněž ovlivněny reklamou a to zejména dívky. Přísný zákaz kouření ve školách a učitelé nekuřáci snižují počet mladých kuřáků ve škole i v pozdějším životě dětí **(32)**.

➤ *Historie*

Tabák má svůj původ na americkém kontinentě, sahající až do období prvního století před Kristem. Do Evropy se tato rostlina dostala Kolumbovo lodí v 16. století. Jediné návykové látce – nikotinu, dal jméno francouzský vyslanec Jean Nicot, který byl nadšeným propagátorem tabáku. Tehdy se používal k obkladům, vdechování jeho kouře či žvýkání. Ještě několik století se kouření tabáku šířilo pomalu, zlom nastal až s vynálezem stroje na výrobu cigaret roku 1881. O dvacátém století se hovoří jako o tabákové epidemii, během kterého tabák zabil přibližně 100 milionů lidí **(14)**.

➤ *Složení*

Tabákový kouř obsahuje přibližně čtyři tisíce chemických látek, z toho asi 100 karcinogenních. Ostatní jsou jedovaté nebo mutagenní. Látkou, která vyvolává závislost je nikotin. Jedna cigareta obsahuje přibližně 1 mg nikotinu a maximálně 15 mg dehtu. Dehet tvoří nejškodlivější část cigarety, jelikož jsou v něm koncentrovány látky vyvolávající nádorové bujení **(31)**.

➤ *Vliv kouření na zdraví*

Kouření tabáku (i pasivní) má negativní dopady na zdraví, na celém světě díky němu umírají 4 miliony lidí ročně, z toho v České Republice 100 000 lidí ročně. Jedná se o tyto tři skupiny nemocí:

1. nemoci způsobené kouřením – nemoci srdce a cév
2. nádory – rakovina plic, močového měchýře, děložního čípku a slinivky břišní
3. chronická plicní onemocnění **(14)**.

Mezi kladné účinky kouření lze zařadit psychosociální vlivy (začlenění do určité společnosti, sdílení rituálů či tolerované přestávky na cigaretu) a urychlení střevní peristaltiky (14).

➤ **Závislost na tabáku**

Drogová závislost se vyvine u dětí již po týdnech a u dospělých jsou to až dva roky. Kouření je naučené chování, proto přestat kouřit znamená odnaučit se kouřit. MKN-10 uvádí závislost na tabáku jako samostatnou nemoc, označenou diagnózou F17. Existují dva druhy závislostí na tabáku:

- *Psychosociální*

Kouření začíná sociální závislostí. Jde o kouření ve společnosti určitých lidí. Po odeznění různých nepříjemných pocitů se začíná objevovat tolerance a člověk si začíná pomalu na kouření zvykat. Později se vytváří psychická vazba, kdy je cigareta pomocníkem při řešení různých situací a stává se součástí životního stylu. Psychosociální závislost je závislostí na cigaretě jako takové, nikoli na jejím složení.

- *Fyzická*

Fyzická závislost se objevuje až po určité době, která závisí především na genetické výbavě jedince a jde o závislost na nikotinu. Přibližně 85 % kuřáků je na něm závislých, ti zbylí jsou jen příležitostní kuřáci a u těch závislost nemusí vzniknout. Obecně bývají závislí na nikotinu silnější kuřáci, kteří si musí zapálit cigaretu do hodiny od probuzení a kteří kouří více než 10-15 cigaret denně (14).

➤ **Abstinční příznaky**

Nedostatek nikotinu, drogy na kterou vznikla závislost, vede ke vzniku abstinčních příznaků. Patří sem neovladatelná, nutkavá touha po cigaretě, podrážděnost, úzkost, strach, neschopnost se soustředit, neklid, netrpělivost, nespavost či zvýšená chuť k jídlu a s tím spojené přibývání na váze (14).

1.3.1.3 Marihuana

Marihuana je nejběžnější nelegální drogou na světě. Miliony lidí různých věkových kategorií ji kouří pravidelně a většina z nich začala s užíváním, když byli

mladí. Lidé se často obrací k droze, pokud se chtějí uvolnit, zapomenout na starosti a prodloužit si chvíle potěšení. Někteří marihuanu kouří, aby byl jejich nudný život snesitelnější (3).

Marihuana, podobně jako alkohol a tabák je stále diskutovanou otázkou, zda je vstupní branou k užívání ještě nebezpečnějších drog. Z dostupných studií a výzkumů, které se zabývají drogovou problematikou se zdá, že to tak není (33). Současná věda se přiklání k teorii „náklonnosti k užívání drog“. Na základě vědeckých poznatků lze říci, že marihuana může a nemusí být užívána před užitím vysoce nebezpečných drog. A pokud se tak stává, tak většinou proto, že je marihuana nejdostupnější nelegální drogou nebo proto, že lidé, kteří budou v budoucnu vysoce nebezpečnou drogu užívat, mají tendenci chovat se rizikově více než ostatní (22).

➤ *Historie*

Marihuana je produktem snad nejpoblárnější rostliny (konopí), jejíž historie sahá hluboko do minulosti. Z archeologických nálezů se lze domnívat, že první pokusy o jeho pěstování se datují do období okolo 10 tisíc let př. n. l., kdy se používalo k získávání vlákn na oděvy, k šamanským obřadům či různým rituálům. Hmotné důkazy existují až z doby před 6 tisíci lety z Číny, odkud se konopí postupně šířilo do celého světa a využívalo se hlavně pro hospodářské a léčebné účely. V moderních dějinách je kladen důraz zejména na proces vývoje legislativy a pokusy o regulaci pěstování a užívání konopí. V dnešní době se celý svět zabývá velkým problémem, který řeší zda látky obsažené v konopí používat či nepoužívat jako lék (22).

➤ *Složení*

V konopí setém (*kannabis sativa* L.) bylo identifikováno 533 látek, 103 z nich jsou tzv. látky kanabinoidní, které jsou přítomny pouze v této rostlině. Hlavní psychoaktivní látkou je THC (tetrahydrokanabinol), jehož koncentrace se liší v různých částech rostliny a podle místa pěstování. Novým fenoménem je marihuana pěstovaná v EU při umělém osvětlení. Její denní a noční cyklus je uměle řízen a zrychlen. Tyto rostliny mívají přibližně dvojnásobnou potenci (obsah psychoaktivních látek) než marihuana dovážená z jiných částí světa (22).

➤ *Užívání*

Květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny konopí, které jsou rozdrčeny na zelenou drť připomínají koření majoránku. Nejrozšířenějším způsobem užívání marihuany je kouření vlastnoručně ubalené cigarety (tzv. joint) nebo dýmky. Druhý způsob užívání marihuany je perorální, a to vmícháním do různých pokrmů či nápojů. Aplikace injekční a transdermální jsou pouze ojedinělé **(22)**.

➤ *Legislativa*

Marihuana se stala předmětem diskusí na téma legalizace. Jedni ji považují za vstupní bránu do světa tvrdých drog a jiní její účinky bagatelizují **(34)**.

➤ *Uživatelé*

Míra užívání této drogy se zvyšuje celosvětově. Média neustále informují o snižování věkové hranice prvního užití. Podle nich jsou typičtí uživatelé mladí lidé mladší 18 let **(22)**.

Nejčastější slangové názvy marihuany mezi uživateli jsou: marjánka, mařena, seno, tráva či gandža **(34)**.

➤ *Účinky*

Intenzita účinků závisí na řadě faktorů. Patří sem kvalita, množství, forma drogy a způsob aplikace. Kouřením se účinky dostavují za 20-30 minut a jejich trvání je krátké. Pojídáním a popíjením marihuany se účinky dostavují až po 1-6 hodinách **(22)**.

Krátce po vykouření se dostavuje pocit euforie a blaženosti, člověk se bezdůvodně raduje, zostřuje sluch a chuť. Mění se orientace v prostoru a vnímání času. U člověka, který se nachází ve stresu mohou být účinky marihuany velmi nepříjemné, a to ve formě depresí či halucinací. Po užití je typické zčervenání očního bělma, sucho v ústech, zvýšená chuť k jídlu, tachykardie, pot a kůže zapáchající po spálené trávě, neklid a smích **(28)**.

Předávkování se projevuje únavou, nevolností či krátkodobým selháním paměti **(34)**.

➤ *Vliv marihuany na zdraví*

Zdravotní rizika kouření marihuany jsou podobná jako u tabáku, ovšem marihuanové cigarety obsahují mnohem více rakovinotvorných látek než tabák. Velice

nebezpečná je marihuana pro lidi s nemocným srdcem, vysokým krevním tlakem a pro psychicky labilní jedince (24). Při dlouhodobém užívání negativně ovlivňuje paměť, smysly, vnímání, myšlení a koncentraci (13).

➤ *Závislost*

Mezi příznaky syndromu odnětí drogy patří podrážděnost, nechutenství, lehká nespavost, zvýšená aktivita či nervozita. U pravidelného uživatele se tento syndrom objevuje 2.-6. den po vysazení, obvykle u dlouhodobých a těžších uživatelů. Závislost se může vyskytnout přibližně u 10-20 % dlouhodobých uživatelů, kteří si aplikují drogu minimálně čtyřikrát týdně po dobu alespoň jednoho měsíce (22).

1.3.2 Šikana

Pojem šikanování pochází z fr. *chicane* = týrání a znamená způsob chování umožňující fyzickým a psychickým týráním druhých získat nad nimi pocit převahy, moci a výhody. Jde o agresivní jednání a lze charakterizovat jako asociální chování (21). Dětská agresivita je problémem, kterým se zabývá mnoho psychologů a speciálních pedagogů. Tento jev se na školách vždy v nějaké podobě objevoval. V dnešní době se posouvá z období puberty do mladšího školního věku, přičemž se zvyšuje bezohlednost a brutalita. Zpočátku se to děje nenápadně (strkání, zesměšňování, nadávání či odmítání), později se vše stupňuje a nastupuje fyzické násilí a kruté psychické násilí. Šikana bývá nezřídka kdy trestným činem. Následky na duši i na těle si děti mohou nést po celý svůj život, ve výjimečných případech může skončit i sebevraždou (12).

Kyberšikana – tento pojem představuje urážky, zesměšňování, vyhrožování či obtěžování prostřednictvím moderních komunikačních technologií (internet či mobilní telefony). Kyberšikana se většinou děje v delším časovém období a často je anonymní, tudíž oběť netuší kdo jí ubližuje (21).

1.3.3 Záškoláctví

Jde o neomluvenou absenci žáka ve škole a je považováno za přestupek, kterým žák úmyslně zanedbává školní docházku. Často je spojeno s dalšími typy rizikového chování, které většinou negativně ovlivňují osobnostní vývoj jedince. Ve zvýšené míře se vyskytuje na druhém stupni základních škol a graduje na školách středních.

Záškoláctví má několik kategorií:

- *pravé záškoláctví* – rodiče si myslí, že dítě do školy chodí
- *záškoláctví s vědomím rodičů* – odmítaví postoj rodičů ke škole, závislost rodičů na pomoci dítěte v domácnosti
- *záškoláctví s klamáním rodičů* – dítě dovede přesvědčit rodiče o neexistujících zdravotních problémech a ti jim absenci omluví
- *útěky ze školy* – během vyučování žák na několik hodin opustí školu či třídu
- *odmítání školy* – psychické potíže žáka způsobené problémy ve škole, např. obtížnost učiva či šikana (21).

1.3.4 Kriminalita

V současné době je kriminalita dětí a mládeže celosvětovým problémem, na který má ze sociologického hlediska vliv hlavně rodina a neformální vrstevnické skupiny. Z hlediska psychologického pak rodinná komunikace, vztahy, dědičnost a osobnostní rysy. Nejčastěji se objevují kapesní krádeže, krádeže kol a motorových vozidel a vykrádání sklepů (40).

Další možné rizikové formy chování:

- vandalismus
- netolismus
- gambling
- homofobie
- poruchy příjmu potravy
- negativní působení sekt

- sexuální rizikové chování (21).

1.4 Závislost na návykových látkách

Závislost je výraz pro negativní sociální jev, který vypovídá o ovládnutí člověka prostřednictvím různých přírodních či syntetických chemikálií, předmětů či situací. Závislosti nejsou podmíněny životní úrovní, společenským vývojem či její kulturou, ale mění se jejich forma, intenzita, důsledky a především objekty. Závislost lze popsat jako vztah mezi organismem a jevem, který vzniká opakovaným kontaktem s předmětem závislosti. Tento kontakt se postupně stává častějším, intenzivnějším a jeho délka se prodlužuje na úkor jiných vztahů s jinými jevy. Za patologickou závislost se považuje ta, která má za následek utrpení jedince a jeho okolí a v jejímž důsledku dochází k narušení kvality života postiženého jedince či okolí a celé společnosti (28).

MKN-10 definuje syndrom závislosti jako skupinu fyziologických behaviorálních a kognitivních jevů, v nichž užívání nějaké látky či třídy látek má u daného člověka větší přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Projevuje se silnou touhou brát psychoaktivní látky, alkohol či tabák. Diagnóza závislosti se stanovuje obvykle tehdy, jestliže došlo během jednoho roku ke třem či více znakům závislosti:

1. silná touha nebo pocit látku užít
2. potíže se sebeovládáním
3. tolerance k účinkům látky
4. postupné zanedbávání ostatních zájmů
5. pokračování v užívání, i přes zjevný důkaz škodlivosti
6. somatický odvykací stav (23).

Pro diagnózu závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) by měl jedinec vykazovat alespoň tři z těchto příznaků:

1. růst tolerance k účinkům látky
2. odvykací příznaky po vysazení látky

3. užívání látky ve větším množství či po delší dobu, než měl jedinec v úmyslu
4. dlouhodobá snaha užívání látky omezit a ovládat
5. více času na užívání a obstarávání látky
6. redukce významných aktivit
7. pokračování v užívání přes zjevné komplikace **(23)**.

Od pojmu drogová závislost je potřeba odlišovat pojem návyk, který je charakteristický tím, že se u něj nedostavuje syndrom odnětí drogy (označovaný také jako odvykací syndrom či abstinenční příznaky) **(29)**.

1.5 Prevence rizikového chování

Pojem prevence (z lat. praevenire, předcházet) pochází z medicíny. Prastaré medicínské pravidlo říká, že je lépe nemoci předcházet, než ji léčit. Prevence znamená soustavu opatření, která mají předcházet rizikovým projevům chování, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně. Prevence projevů rizikového chování se dělí na primární, sekundární a terciární. Prevence primární se dále dělí na prevenci nespécifickou a specifickou. Cíle, metody a prostředky se liší podle typu prevence **(27)**. Prevence rizikového chování zahrnuje výchovné, vzdělávací, zdravotní, sociální, terapeutické nebo jiné intervence, které směřují k předcházení výskytu rizikového chování, zamezení jeho rozvoji, minimalizování již vzniklých projevů či pomáhajících řešit jeho důsledky **(4)**.

Přibližně od konce 50. let se prevence rozdělila na primární a sekundární. Cílem primární prevence je předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození. Od šedesátých let se navíc hovoří o terciární prevenci. Ta se použije po té, co nemoc způsobila poškození a jejím cílem je předejít dalším škodám. Uvedenou definici lze vztáhnout i na prevenci škod působených návykovými látkami. Primární prevence zahrnuje předcházení problémům s návykovými látkami u těch, kdo je ještě nezačali škodlivě užívat, cílem sekundární prevence je poskytnout efektivní pomoc těm, kdo

začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil, terciální prevence se překrývá s léčbou závislosti na návykových látkách a s mírněním škod **(26)**.

1.5.1 Primární prevence

Primární prevence rizikového chování je koncepční, komplexní, cílený, plánovitý, flexibilní a efektivní soubor opatření a odborných činností zaměřených na posilování a rozvoj společensky žádoucích postojů, hodnot, zájmů, forem životního stylu jednání a chování jednotlivců a skupin **(29)**.

- *Specifická primární prevence* – programy a aktivity zaměřené na předcházení a snižování výskytu rizikových projevů chování. Tyto programy jsou založené na prokazatelných výsledcích, změně chování a zhodnocení programu **(4)**.
 - *Všeobecná prevence* je určena celé populaci, např. všem dospívajícím v určité oblasti.
 - *Selektivní prevence* má za cílovou populaci děti a dospívající se zvýšenými rizikem, kteří ještě návykové látky neužívají (např. hyperaktivní děti s poruchami pozornosti nebo s poruchami chování, děti s chronickým bolestivým onemocněním, s duševními problémy)
 - *Indikovaná prevence* je určena těm dětem a dospívajícím, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách, ale kteří vykazují varovné známky užívání návykových látek **(26)**.
- *Nespecifická primární prevence* – doplňuje prevenci specifickou a jde především o vhodné vyplnění volného času, kam patří pohybové aktivity **(4)**. Pozitivně realizovat volný čas dětí a mládeže vyžaduje vytváření pro ně dostatek přitažlivých nabídek, odstraňovat jejich nezájem a učit je využívat těchto možností. Důležitá je podpora ze strany dospělých **(10)**.

1.5.2 Koordinace primární prevence

Existují tři úrovně koordinace primární prevence rizikového chování:

1. MŠMT, spolupráce ministerstev

2. kraje – metodici prevence, krajští koordinátoři primární prevence, školy a školní zařízení, NNO

3. obce, NNO, školy a školní zařízení – školní metodici

V ČR dochází v posledních letech k pozitivním změnám v přístupu k primární prevenci. Koordinace se zkvalitňuje ve všech úrovních a zlepšuje se i spolupráce. Postupně se daří, i přes finanční nedostatky, realizovat systémová opatření (4).

1.5.3 Efektivní prevence

Cílem efektivní prevence je zejména:

- Předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku.
- Alespoň posunout setkání s návykovými látkami (v našich podmínkách nejčastěji s tabákem a alkoholem) do pozdějšího věku, kdy je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější.
- Snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází, a předejít tak různým zdravotním poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu (26).

Jako vhodný přístup v prevenci se ukazuje podpora sebedůvěry, hodnot, aktivit, návaznost prevence, zaměření na změnu postojů a chování, interaktivní učení, směřované vzory a kvalifikovaní odborníci. Naopak mezi nevhodné přístupy patří jednorázové akce, odstrašování, přednášková forma či špatní realizátoři (4).

1.5.4 Drogová prevence na školách

Školní drogová prevence by se měla zaměřovat na to, aby se u žáků rozpoznalo problematické užívání drog, aby byla nabídnuta včasná a přiměřená zdravotní a sociální pomoc a zabránilo se tak možným negativním důsledkům plynoucím z užívání návykových látek. Jedním z hlavních faktorů účinnosti školního programu prevence drog je kvalitní obsah, řádné naplánování a provedení. Programy, které se snaží odradit děti a dospívající od užívání drog zastrašovací taktikou se ukázaly jako neúspěšné.

Odborné výzkumy ukazují, že nejefektivnější jsou intenzivní dlouhodobější programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, osobní rozvoj a objektivní informace o drogách. Účinné se zdají být malé interaktivní programy, kterých se žák aktivně účastní. Zde se např. učí jak odmítat drogy. Dalším důležitým faktorem účinné školní prevence je efektivita samotné školy. Nedaří-li se efektivně provádět každodenní výuku, nelze očekávat kladné výsledky preventivního programu. Nakonec je to ale vždy právě ten daný člověk, kdo se rozhodne, jestli drogy bude či nebude užívat **(9,25)**.

Škola může být prospěšná v prevenci škod působených návykovými látkami tímto způsobem:

- dobrou a pohotovou spolupráci s rodiči
- nabízením žákovi i rodině vhodnou a diskrétní pomoc, případně ji sama poskytne prostřednictvím výchovného poradce
- organizací preventivního programu podle potřeb a rizikovosti žáků, např. peer programy (aktivní účast předem připravených vrstevníků)
- prosazováním přiměřených pravidel (zákaz kouření, přinášení a užívání alkoholu či jiných návykových látek) přiměřenými a odpovídajícími sankcemi **(24)**.

1.5.5 Klíčové dokumenty pro prevenci rizikového chování

- Národní strategie protidrogové politiky 2010-2018 a akční plán 2010-2018
- Program 21
- Koncepce státní politiky pro děti a mládež na období 2007-2013
- Strategie MŠMT pro prevenci rizikových projevů chování 2009-2012
- Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních **(30)**.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Pro tuto práci byly stanoveny dva cíle:

- 1. cíl** – zmapování výskytu projevů rizikového chování, konkrétně užívání návykových látek (alkohol, tabák a marihuana) u žáků 7. a 9. tříd základní školy Pohůrecká v Českých Budějovicích.
- 2. cíl** – popsání metod a forem prevence rizikového chování na této škole.

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

K získání dat pro splnění 1. cíle byl použit kvantitativní výzkum ve formě dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 17 otázek, z toho 3 otázky týkající se identifikačních údajů a 14 otázek zaměřených na zkušenost a užívání návykových látek, konkrétně alkoholu, tabáku a marihuany. Otázky byly uzavřené i otevřené a koncipovány jasně a jednoduše pro jejich vyplnění. Dotazníky byly zcela anonymní, proto jsem si je po předchozí domluvě osobně převzala ihned po jejich vyplnění.

Pro splnění 2. cíle byla zvolena analýza interních materiálů ZŠ Pohůrecká. Po osobní domluvě s ředitelem školy a školním metodikem prevence mi bylo umožněno nahlédnout do materiálů týkající se prevence rizikového chování na škole a tak mohl být proveden doplňkový kvalitativní výzkum – analýza dat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty mého výzkumu byly žáci 7. a 9. tříd základní školy Pohůrecká v Českých Budějovicích. Podmínkou realizace výzkumu byl souhlas ředitele školy Mgr. Kaly. Ten s výzkumem souhlasil, pouze mne požádal o stručné oznámení pro rodiče, kteří svým podpisem potvrdili účast svých dětí na vyplnění dotazníků. Na oznámení bylo uvedeno o jaký výzkum se jedná a čeho se týká.

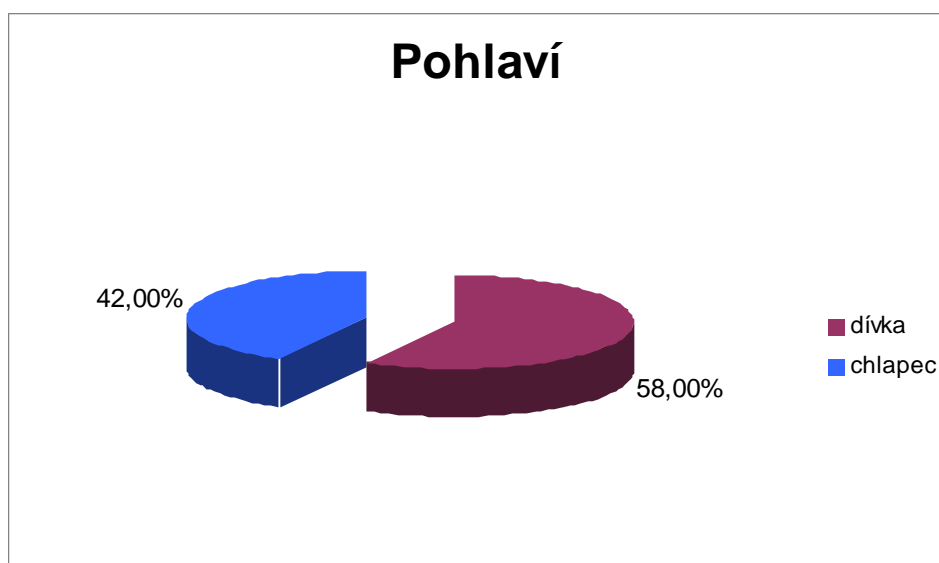
Mezi žáky bylo rozdáno celkem 100 dotazníků a jejich byla návratnost 100 %. Ze 7. tříd jsem měla k dispozici 43 dotazníků a z 9. tříd 57 dotazníků. Výzkum byl realizován v lednu roku 2011, v době kdy se předpokládala maximální možná přítomnost žáků ve škole. Dotazník je součástí příloh této práce.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 – Jakého jsi pohlaví?

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

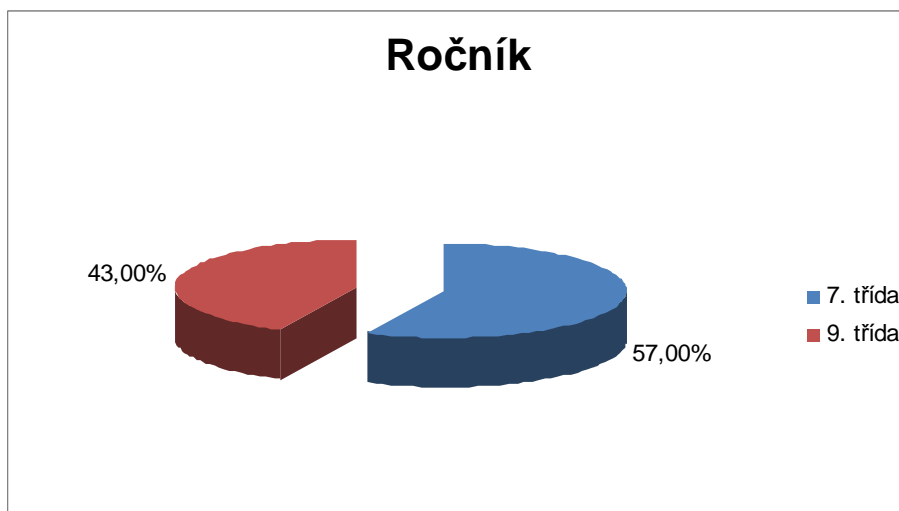


Zdroj: vlastní výzkum

Zastoupení respondentů tvořilo 58 dívek a 42 chlapců.

Otázka č. 2 – Ročník

Graf č. 2 – Složení respondentů podle ročníku

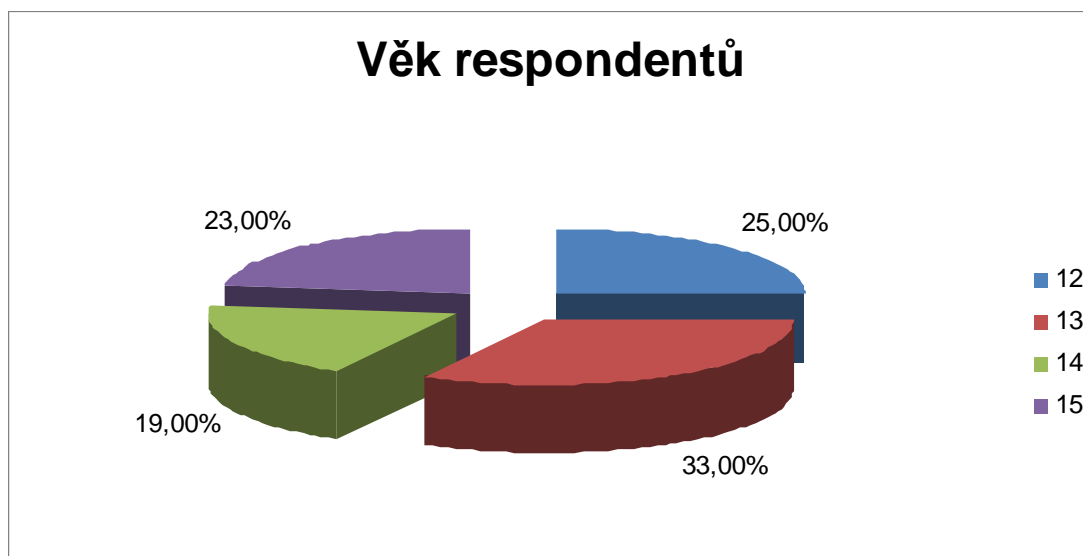


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 udává, že se výzkumu účastnilo 57 žáků 7. tříd a 43 žáků 9. tříd.

Otázka č. 3 – Kolik je Ti let?

Graf č. 3 – Věk respondentů

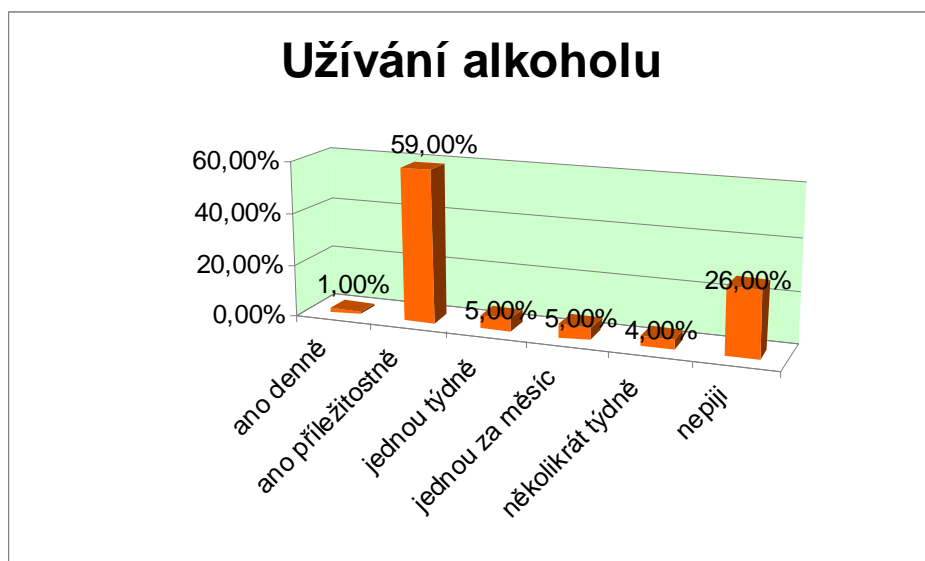


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 znázorňuje věk respondentů. Ve věkové kategorii 12 let odpovídalo 25 žáků, ve věkové kategorii 14 let odpovídalo 19 žáků a 23 žáků ve věkové kategorii 15 let. Nejvíce zastoupena byla věková kategorie 13 let s 33 žáky.

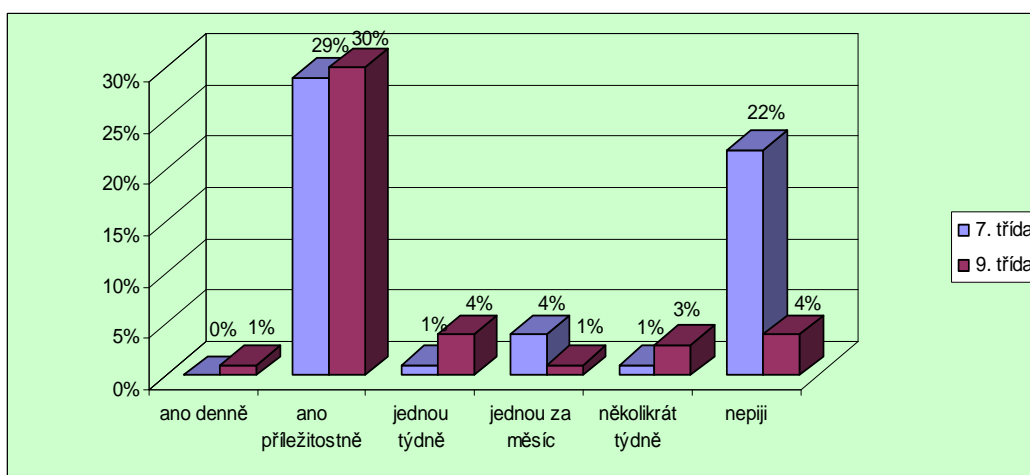
Otázka č. 4 – **Piješ alkohol?**

Graf č. 4 – **Užívání alkoholu**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5 – **Užívání alkoholu vs. ročník**

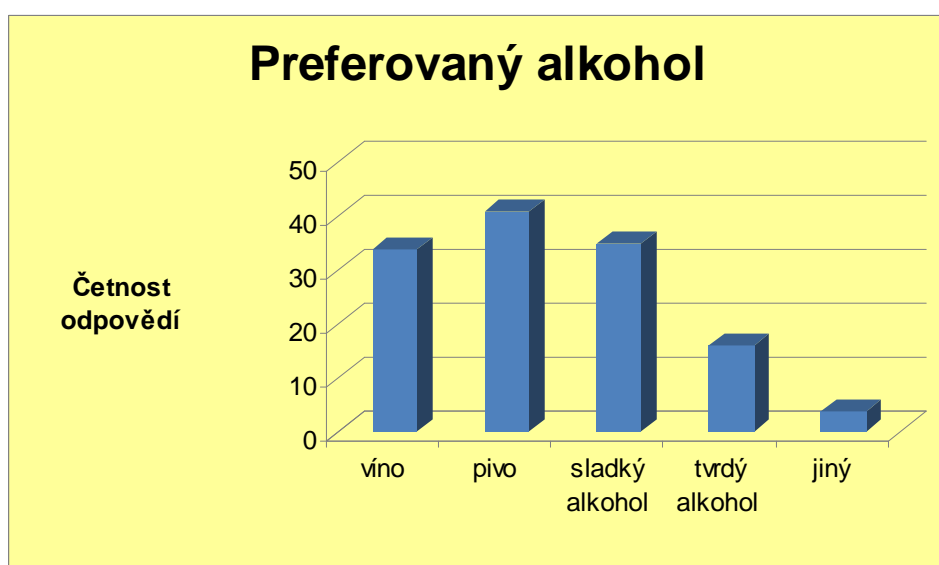


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 4 a 5 vyplývá, že 26 žáků (z toho 22 ze 7. ročníku a 4 z 9. ročníku) alkohol nepije, naopak 59 žáků (29 ze 7. roč. a 30 z 9. roč.) uvedlo příležitostné užívání alkoholu. Jednou týdně alkohol užije 5 žáků (1 ze 7. roč. a 4 z 9. roč.), několikrát týdně 4 žáci (1 ze 7. roč. a 3 z 9. roč.) a jednou za měsíc 5 žáků (1 ze 7. roč. a 4 z 9. roč.). Jeden respondent z 9. roč. uvedl, že alkohol pije denně.

Otázka č. 5 – **Jaký alkohol Ti chutná?**

Graf č. 6 – **Preferované alkoholické nápoje**



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvyšší četnost odpovědí žáků v grafu č. 6 odpovídá typu alkoholu – pivo.

Otázka č. 6 – V kolika letech jsi poprvé ochutnal/a alkohol?

Graf č. 7 – První zkušenost s alkoholem

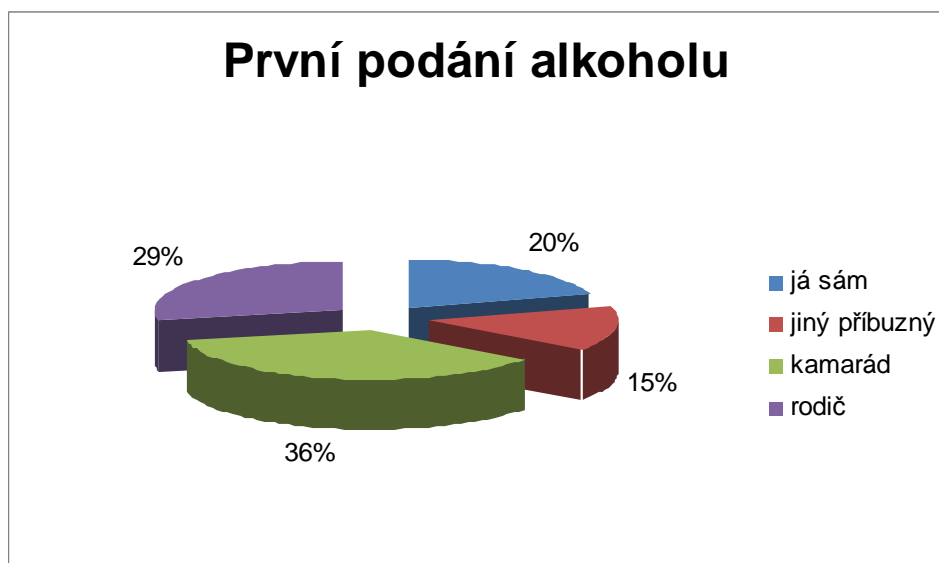


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 zachycuje první zkušenost s alkoholem již v 9 letech, a to u 27% respondentů. V 10 letech první zkušenost uvádí také 27% respondentů, v 11 letech pak 9%. Největší zkušenost s alkoholem měli žáci ve 12 letech, a to ve 37%. První zkušenost uvedli i ti respondenti, kteří odpověděli v dotazníku na otázku č. 4 negativně – nepijí alkohol.

Otázka č. 7 – Kdo Ti alkohol poprvé podal?

Graf č 8 – První podání alkoholu

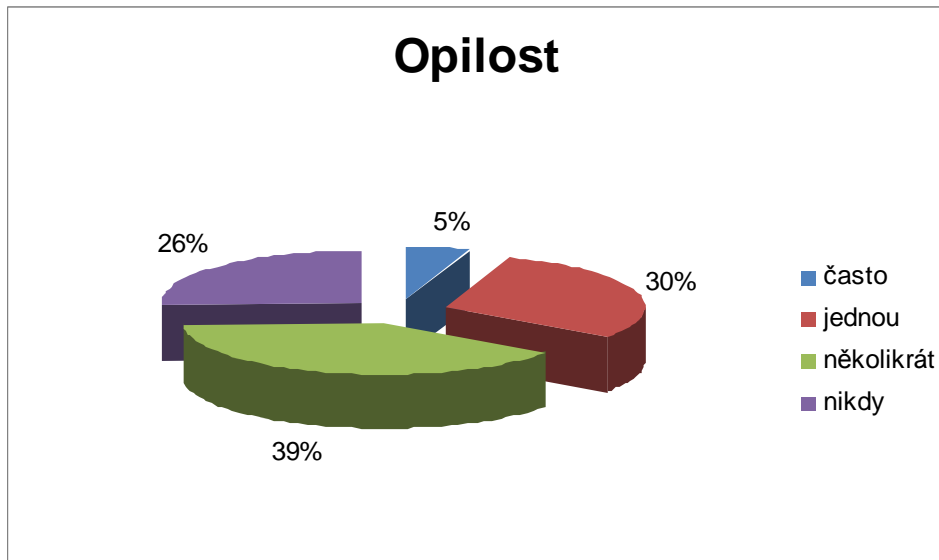


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 poukazuje na to, kdo poprvé podal respondentovi alkohol. Ve 36 případech to byl kamarád, ve 29 případech rodič a v 15 případech jiný příbuzný. Těch kteří si alkohol podali sami bylo 20%.

Otázka č. 8 – **Byl/a jsi někdy opilý/á?**

Graf č. 9 – **Opilost**

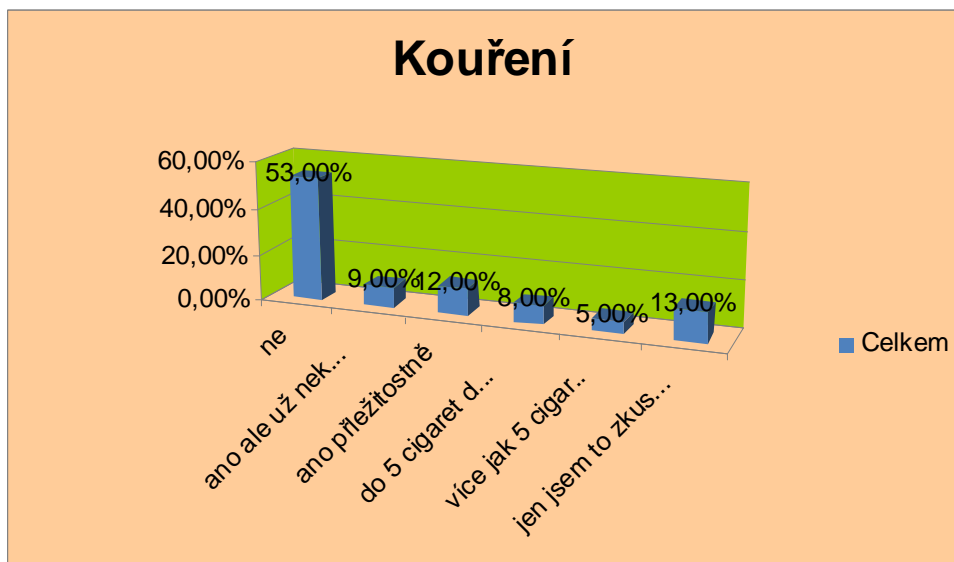


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 9 vyplývá, že 39% žáků bylo již několikrát opilý, 30% uvedlo, že se jednou opili a 5% bylo opilý často. Zbývajících 26% žáků se nikdy neopilo.

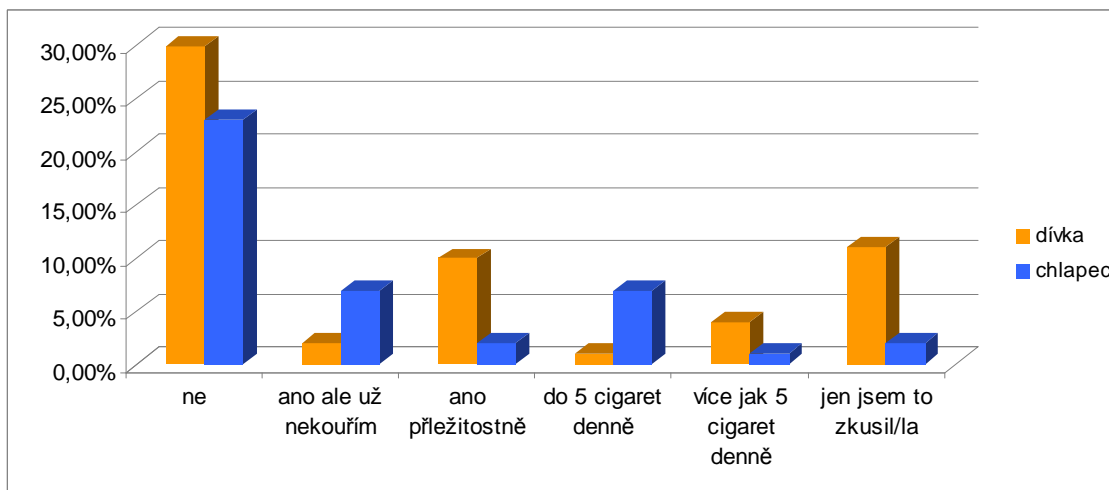
Otázka č. 9 – Kouříš tabákové výrobky?

Graf č. 10 – Kouření



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 – Kouření – dívky, chlapci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10, 11 a tabulka č. 1 znázorňují kouření respondentů, kdy 5 odpovědělo, že kouří více než 5 cigaret denně (z toho 4 dívky a 1 chlapec), 8 respondentů uvedlo, že kouří do 5 cigaret denně (1 dívka a 7 chlapců), 9 žáků kouřilo, ale už nekouří (2 dívky

a 7 chlapců), 12 žáků uvedlo kouření příležitostně (10 dívek a 2 chlapci) a 13 žáků kouřit jen zkusilo (11 dívek a 2 chlapci). 53 dotázaných uvedlo, že nekouří, z toho 30 dívek a 23 chlapců.

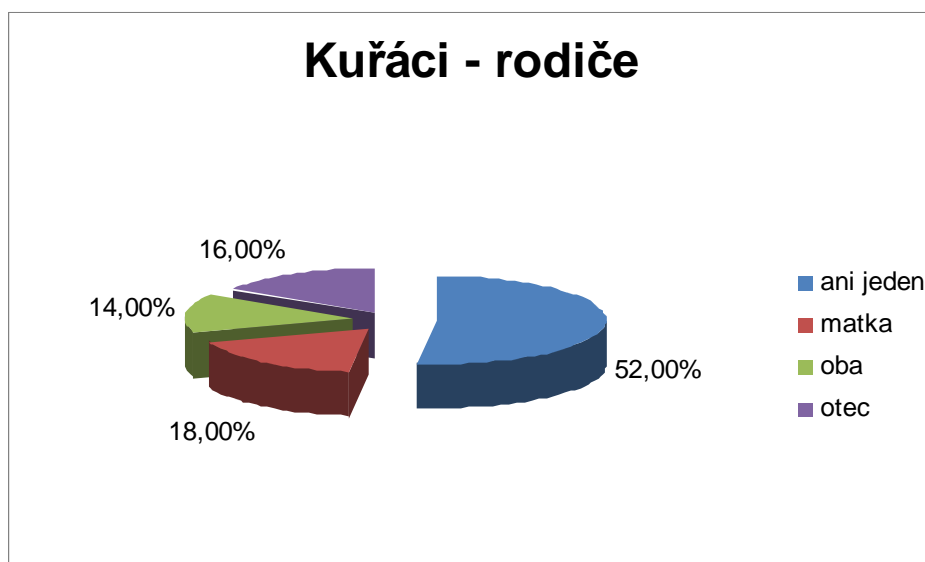
Tabulka č. 1- **Kouření dívky a chlapci**

KOUŘENÍ	DÍVKA	CHLAPEC	CELKEM
ne	30,00%	23,00%	53,00%
ano ale už nekouřím	2,00%	7,00%	9,00%
ano příležitostně	10,00%	2,00%	12,00%
do 5 cigaret denně	1,00%	7,00%	8,00%
více jak 5 cigaret denně	4,00%	1,00%	5,00%
jen jsem to zkusil/la	11,00%	2,00%	13,00%
Celkový součet	58,00%	42,00%	100,00%

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10 – **Kouří rodiče?**

Graf č. 12 – **Kuřáci – rodiče**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 zachycuje kouření a nekouření rodičů. 53% respondentů uvedlo, že jejich rodiče nekouří. V 18% kouří matka, v 16% otec a ve 14% kouří oba rodiče.

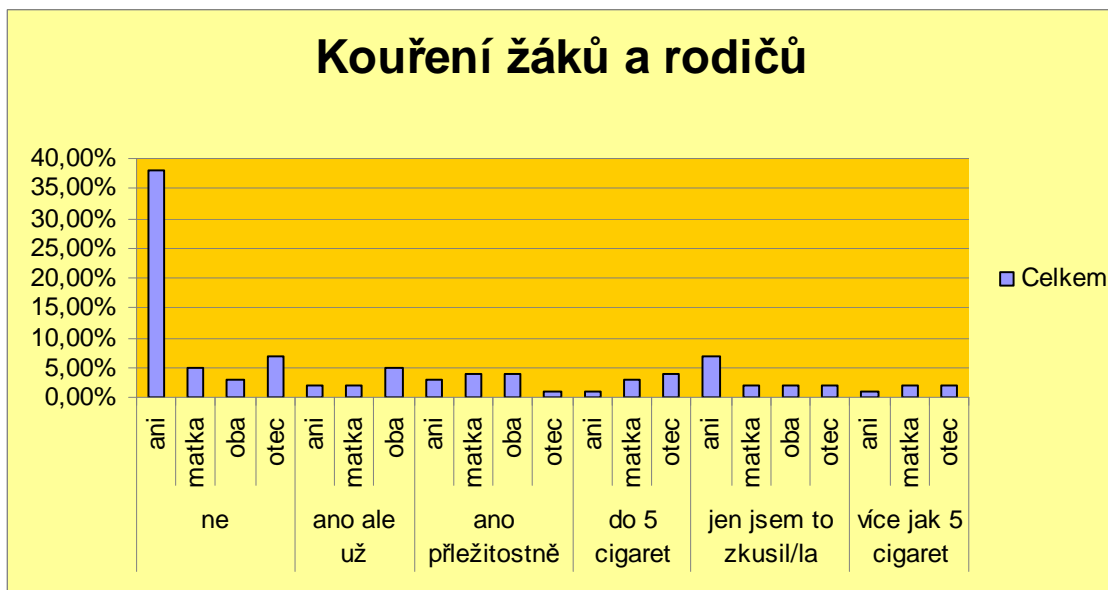
Tabulka č. 2 – **Kouření žáků a rodičů**

ŽÁCI	RODIČE	%
nekouřím	ani jeden	38,00%
	matka	5,00%
	oba	3,00%
	otec	7,00%
Celkem z ne		53,00%
ano ale už nekouřím	ani jeden	2,00%
	matka	2,00%
	oba	5,00%
Celkem z ano ale už nekouřím		9,00%
ano příležitostně	ani jeden	3,00%
	matka	4,00%
	oba	4,00%
	otec	1,00%
Celkem z ano příležitostně		12,00%
do 5 cigaret denně	ani jeden	1,00%
	matka	3,00%
	otec	4,00%
Celkem z do 5 cigaret denně		8,00%
jen jsem to zkoušel/la	ani jeden	7,00%
	matka	2,00%
	oba	2,00%
	otec	2,00%
Celkem z jen jsem to zkoušel/la		13,00%
více jak 5 cigaret denně	ani jeden	1,00%
	matka	2,00%
	otec	2,00%
Celkem z více jak 5 cigaret denně		5,00%
Celkový součet		100,00%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 a graf č.13 poukazuje na vztah mezi kouřením rodičů a žáků. Z 53 respondentů, kteří uvedli, že nekouří, nekouří v 38 případech ani jeden z rodičů.

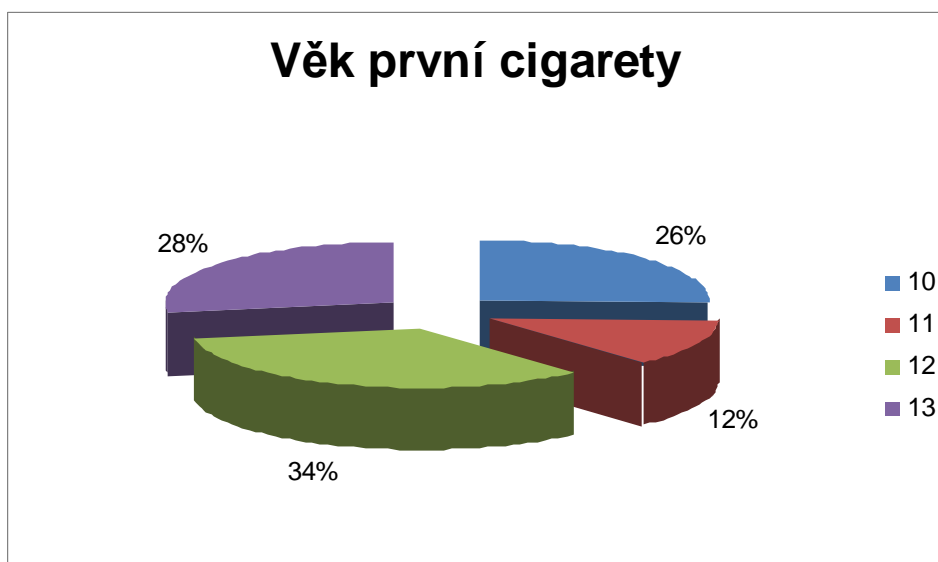
Graf č. 13 – Kouření žáků a rodičů



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11 – V kolika letech jsi poprvé kouřil/a?

Graf č. 14 – Věk první cigarety



Zdroj: vlastní výzkum

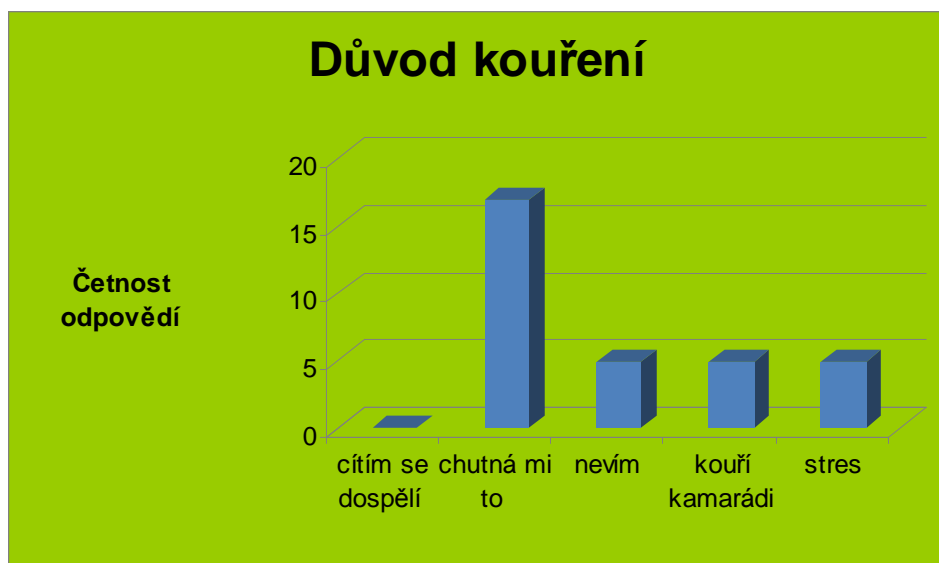
Z grafu č. 14 vyplývá první zkušenost s cigaretou v 10 letech u 26%, v 11 letech u 12%, ve 12 letech u 34% a ve 13 letech u 28% respondentů mající zkušenost s kouřením.

Otázka č. 12 – **Vědí rodiče, že kouříš?**

Na otázku, zda rodiče vědí o jejich kouření odpovědělo 8 žáků, že ano. Zbývajících 39 kouřících žáků odpovědělo, že to rodiče nevědí.

Otázka č. 13 – **Kouříš, protože...**

Graf č.15 – **Důvod kouření**

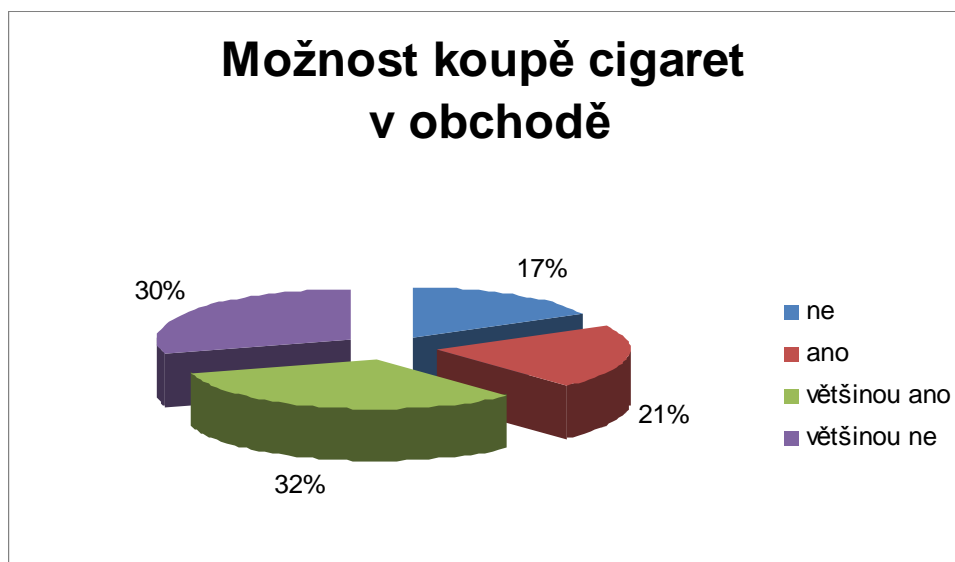


Zdroj: vlastní výzkum

Nejvyšší četnost odpovědí žáků byla – chutná mi to. Viz. Graf č 15.

Otázka č. 14 – **Prodají Ti v obchodě cigarety?**

Graf č. 16 – **Možnost koupě cigaret v obchodě**

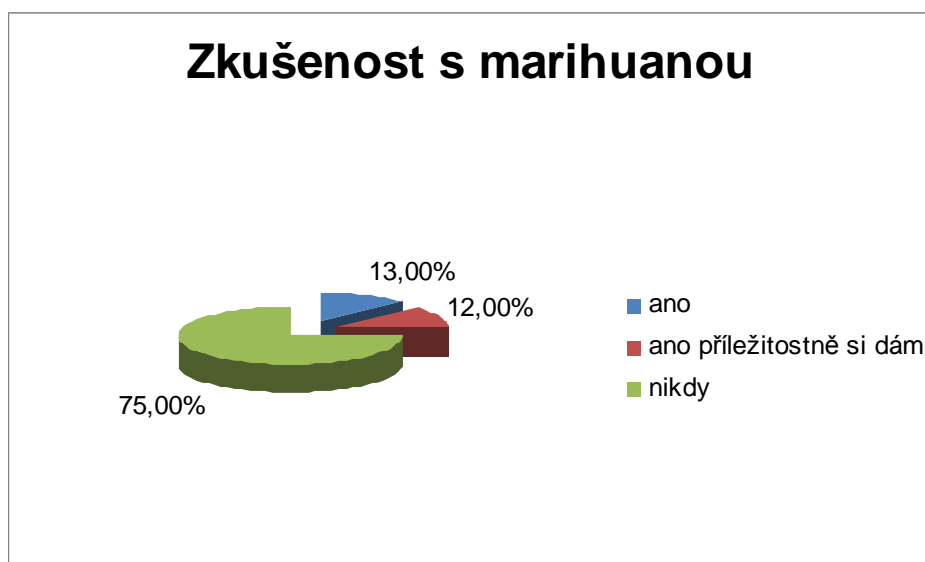


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16 vypovídá o tom, jestli si žáci ZŠ mohou koupit cigarety v obchodě. 17% žáků odpovědělo, že jim cigarety neprodají, 30% žáků cigarety většinou neprodají, 32% cigarety většinou prodají a 21% žáků ZŠ je v obchodě bez problémů zakoupí.

Otázka č. 15 – Zkusil/a jsi někdy marihuanu?

Graf č. 17 – Zkušenost s marihuanou

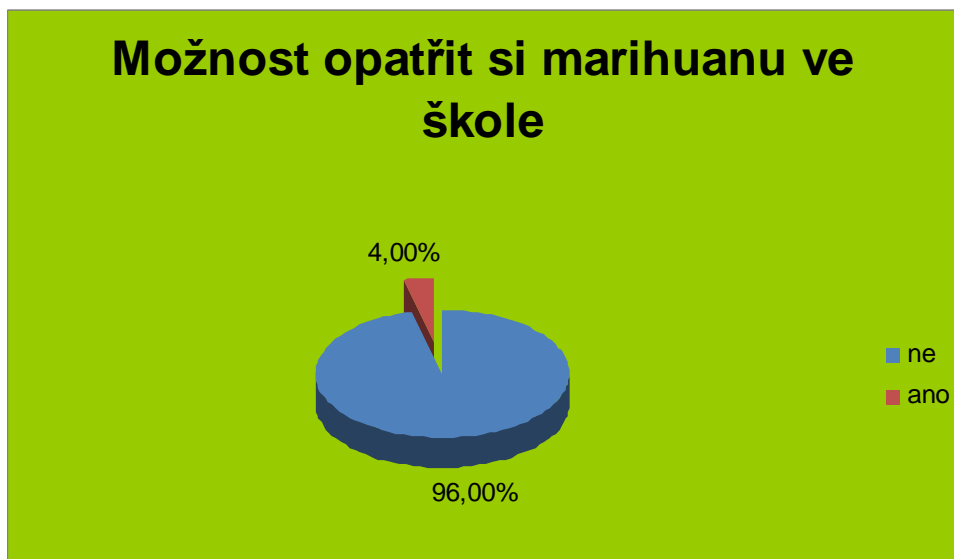


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17 poukazuje na zkušenost s marihuanou, kdy 75% respondentů marihuanu nikdy nezkusilo, 13% již nějakou zkušenost má a 12% marihuanu příležitostně kouří.

Otázka č. 16 – Máš možnost opatřit si marihuanu ve škole?

Graf č. 18 – Možnost opatřit si ve škole marihuanu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18 znázorňuje možnost opatřit si marihuanu ve 4 případech ze 100 dotázaných. Zbývajících 96 žáků uvedlo, že tuto možnost nemá.

Otázka č. 17 – Slyšel/a jsi o nebezpečí užívání marihuany?

Graf č. 19 – Zdroj prevence užívání marihuany



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19 zachycuje největší četnost odpovědí u možnosti – ano, ve škole.

4.2 Prevence rizikového chování na ZŠ Pohůrecká v Č. Budějovicích

Prevence rizikového chování na této škole je realizována dvěma způsoby:

1. V rámci školy prostřednictvím pedagogů ve vyučovacích hodinách, zejména v hodinách - Výchova ke zdraví, Občanská výchova, Tělesná výchova, Informatika a Chemie. Mezi aktivity v rámci školy patří jednorázové akce, dlouhodobější projekty a zájmové kroužky.
2. Zajišťována organizacemi zabývajícími se prevencí rizikového chování. Tyto programy jsou bezplatné (dotace) nebo financované ze sponzorských darů, popřípadě za peníze vybrané od žáků.
 - Theia – prevence zaměřená na násilí, domácí násilí, šikanu a kyberšikanu
 - Elio – dlouhodobý projekt „Elio pro školy“
 - Centra inkluzivního vzdělávání – prevence zaměřena na poruchy chování a učení
 - Policie ČR – prevence dopravních nehod a kriminality
 - Multikulturní centrum Praha – „Předsudková dílna“
 - Národní iniciativa pro život – prevence neplánovaného těhotenství
 - Zdravotně sociální fakulta – program Péče o děti a dorost
 - Středisko výchovné péče
 - Pedagogicko psychologická poradna
 - Komplexní programy primární prevence pod Mgr. Pavlem Háchou.

Preventivní programy se koncipují přímo na cílové skupiny žáků podle ročníků. Informace o programech jsou k dispozici na internetových stránkách školy nebo jsou sdělovány rodičům, prostřednictvím žáků.

Zpětná vazba se žáky – ústní (průběžná komunikace, diskuse) nebo písemná (názory, povídky).

➤ *Metody a formy preventivní práce*

- přednášky, semináře a besedy se žáky i rodiči

- poradenská činnost (výchovný poradce, školní metodik prevence)
- koordinace, realizace, kontrola a pravidelné vyhodnocování MPP
- podpora týmové spolupráce a vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence rizikového chování
- podpora zájmu rodičů o dění ve škole
- vyhledávání negativních projevů rizikového chování, zachycování varovných signálů a práce s těmito žáky
- široká nabídka volnočasových aktivit
- individuální přístup k žákům
- schránka důvěry
- akce zaměřené na zvyšování právního povědomí (Policie ČR)
- skupinová práce ve třídě
- trénink odpovědnosti za vlastní rozhodnutí
- nácvik řešení zátěžových situací (odmítání návykových látek či nevhodného způsobu chování).

➤ ***Minimální preventivní program ZŠ Pohůčeká – školní rok 2010/2011***

A. Zmapování situace ve škole, pro stanovení cílů minimálního preventivního programu (dále jen MPP)

1. Sociální a jiné okolí školy – poloha, spádové oblasti
2. Informace od pedagogů, týkající se situace v oblasti rizikového chování – porady pedagogického sboru
3. Informace od rodičů – třídní schůzky
4. Informace od žáků – prostřednictvím schránky důvěry, školního metodika prevence (dále jen ŠMP), ředitele či pedagogů
5. Hodnocení MPP minulého školního roku

B. Cíle vyplývající ze zmapování situace

1. Projekty – „Dětská cena prevence kriminality“, „Na jedné lodi EVVO“
2. Konkrétní programy prevence
3. Monitoring výskytu rizikového chování

C. Minimální preventivní program

1. Práce pedagogického sboru a vedení školy – v oblasti přímé práce pedagogů, plán vzdělávání pedagogů pracujících v oblasti prevence rizikového chování, plán vzdělávání ŠMP.
2. Spolupráce školy s rodiči – seznámení rodičů s činností ŠMP, možnostmi spolupráce a MPP. Na třídních schůzkách je rodičům představen ŠMP, který rodiče informuje o konzultačních hodinách a za jakých podmínek s ním mohou jednat. Tyto informace jsou také na nástěnkách a internetových stránkách školy. Dále sem patří aktivity pro rodiče a aktivity podporující spolupráci školy s rodiči.
3. Program preventivních aktivit pro žáky školy – způsob seznámení žáků se ŠMP, s jeho činností, s možnostmi pomoci a MPP.
Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce zaměřená na prevenci rizikových forem chování a jednorázové aktivity pro žáky.
4. Ostatní akce v oblasti prevence rizikového chování.
5. Evidence a efektivita – ŠMP zaznamenává do deníku případné výskyty rizikového chování, vzdělávací akce pro pedagogy, preventivní aktivity pro žáky, spolupráci s rodiči a konkrétní opatření.
6. Závěrečné informace – seznámení ředitele a pedagogického sboru s MPP.

➤ *Nabídka volnočasových aktivit na ZŠ Pohůrecká:*

1. zájmové kroužky pod DDM:

- florbal, házená, výtvarný, dramatický, keramický, volejbal, baseball

2. zájmové kroužky pod školní družinou (neplatí se):

- sportovní, vaření, aerobik, pracovní technický

3. zájmové kroužky pod slečnou Janou Štěchovou:

- anglický, aerobik, sebeobrana, florbal, fotografický

4. zájmový kroužek pod agenturou Gong:

- volejbal

Dále je k dispozici hudební kroužek – flétny a klávesy a filozofický kroužek pro 1. stupeň. Škola pořádá různé sportovní akce – bowling, turnaj v házené, fotbalový turnaj a lyžařský kurz.

5. DISKUSE

Práce je zaměřena na vybrané rizikové chování u žáků ZŠ, konkrétně pití alkoholu, kouření cigaret a zkušenost s marihuanou. Dále jsem popisovala prevenci rizikového chování, která je uskutečňována na této ZŠ.

Rizikové chování dětí a dospívajících je velmi aktuální téma. Zejména pak preventivní opatření, týkající se mimo jiné i základních škol.

V teoretické části charakterizuji období dospívání a rizikové faktory působící na pubescenty. Také popisuji nejčastější formy rizikového chování, zejména návykové chování, záškoláctví, šikanu a s tím související prevenci rizikového chování.

1. cílem této práce bylo zmapování výskytu rizikového chování u žáků 7. a 9.ročníků ZŠ – zkušenost s návykovými látkami (alkohol, tabák a marihuana).
2. cílem bylo popsat prevenci na této škole.

Praktická část je zaměřena na analýzu výsledků dotazníkového šetření a interpretaci výsledků pomocí grafů a tabulek. Ke zjištění dat byla použita kvantitativní metoda sběru dat. Dotazník obsahoval 17 otázek, které byly jednoduché a zřetelné, aby respondenti neměli problém s vyplňováním a nemuseli dlouho přemýšlet nad odpovědí. Výzkumný soubor tvořilo 57 žáků 7. ročníků a 43 žáků 9. ročníků, 42 chlapců a 58 dívek. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo mezi 12 až 15 roky, 25 žáků dvanáctiletých, 33 žáků třináctiletých, 19 žáků čtrnáctiletých a 23 žáků patnáctiletých. K dosažení 2. cíle jsem použila kvalitativní metodu sběru dat – analýzu interních dokumentů školy týkajících se primární prevence, jejích metod a forem.

První 3 otázky se týkaly identifikačních údajů. Další okruh otázek byl zaměřen na zkušenost s alkoholem. První zkušenost s alkoholem uváděli žáci již v 9 letech, a to 27%, stejné množství odpovědělo, že alkohol ochutnali v 10 letech. 9% uvedlo první zkušenost v 11 letech a největší počet – 37% se s alkoholem setkalo ve 12 letech. Rizikově hodnotím nízký věk prvního užití alkoholu, jelikož je jeho konzumace u dětí velice nebezpečná.

Je mnohem nebezpečnější než u dospělých, proto je potřeba pití alkoholu alespoň oddálit do vyššího věku, kdy je organismus a psychika a rizika relativně menší (23,24).

Za problém považuji nedodržování zákona, který zakazuje prodej alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Nešpor a Csémy uvádí, že vysoká spotřebu alkoholu v České republice způsobuje zdravotní, ekonomické a sociální problémy. Vliv na rostoucí spotřebu alkoholu může mít jeho široká nabídka podporována reklamou (24). Z dotazníkového šetření vyplývá, že 36% dotázaným podali alkohol kamarádi, 26% dotázaných uvádí, že jim alkohol podali rodiče, 15% jiný příbuzný a 20% žáků si alkohol podalo samo. Na otázku týkající se preferovaného alkoholu byla největší četnost odpovědí pivo, následoval sladký alkohol (zejména u dívek), víno a poslední tvrdý alkohol. ESPAD uvádí, že pití piva se objevuje do věku 13 let nejčastěji (7). Otázka č. 4 jasně ukazuje příležitostné pití u 59% žáků, jednou měsíčně u 5% žáků, jednou týdně také u 5% žáků a několikrát týdně 4%. Jeden žák 9. ročníku uvedl neuvěřitelné každodenní pití alkoholu. Poslední údaj se shoduje s výsledky monitoringu drogové scény, prováděný na základních školách v okrese České Budějovice u žáků 8. a 9. ročníků, ze kterých vyplývá každodenní pití u 1% dotázaných jak v roce 1998, tak v roce 2003 (1,2).

Za alarmující považuji výsledky vyhodnocené otázky, která se týkala zkušenosti s opilostí. Je až neuvěřitelné, že 39% žáků 2. stupně základní školy se již několikrát opilo. Dalších 30% žáků se opilo jednou a 5% žáků uvádí častou opilost. 26% dotázaných uvedlo, že nikdy opilí nebyli.

Podle výzkumů z roku 1978 měli žáci 6. tříd základních škol zkušenost s požitím destilátů ve 25% a v roce 1992 to už bylo 42% žáků. Ani opilost není u dětí neobvyklým jevem, jelikož v roce 1994 byli žáci 6. a 9. tříd několikrát opilí ve věku 11-12 let v 5%, ve věku 13-14 let už v 15% (24). Je tedy zřejmý markantní nárůst opilosti u nezletilých, který zásadně souvisí s nedodržováním zákona o zákazu prodeje alkoholických nápojů mladistvým a vysokou tolerancí společnosti k této návykové látce.

Následující okruh otázek byl zaměřen na zkušenosti žáků s kouřením tabákových výrobků. Na otázku zda kouří odpovědělo 53% dotázaných, že nekouří (z toho 30 dívek a 20 chlapců) a 13% (z toho 11 dívek a 2 chlapci) uvedlo, že to jen zkusili - v obou výsledcích bylo větší procentuální zastoupení v 7. třídách. 12% žáků

uvedlo příležitostné kouření, zejména dívky a 9% odpovědělo, že kouřilo, ale již nekouří (2 dívky a 7 chlapců). Do 5 cigaret denně kouří 8% žáků (z toho 7 chlapců) a více než 5 cigaret denně vykouří 5% žáků, kde je zastoupení dívek překvapivě vyšší, a to ve 4 případech z 5. Na otázku, zda rodiče vědí o jejich kouření odpovědělo 8 žáků, že ano. Zbývajících 39 kuřáků odpovědělo, že o tom rodiče nevědí.

Za velmi alarmující považují vysokou dostupnost cigaret u žáků ZŠ, jelikož téměř polovina z nich si cigarety v obchodě bez problémů zakoupí.

Při porovnání svých výsledků a výsledků monitoringu drogové scény z let 1998 a 2003 lze pozorovat nárůst u počtu kuřáků do 5 cigaret denně. V roce 1998 to bylo 4,05%, v roce 2003 jich bylo 4,38% **(1,2)** a v roce 2011 dokonce 8%. U kuřáků nad 5 cigaret denně se výsledky téměř shodují, jelikož v roce 1998 jich bylo 4,11%, v roce 2003 4,47% **(1,2)** a v roce letošním 5%.

Po vyhodnocení dotazníkového šetření pozitivně vnímám korelaci nekuřáků rodičů a nekuřáků dětí, jelikož z 58% žáků, kteří uvedli, že nekouří, nekouří 38% jejich rodičů.. U otázky týkající se kouření rodičů respondenti uvedli pouze matku v 18%, pouze otce v 16% a oba rodiče ve 14%.

Naopak rizikové hodnotím výsledky po vyhodnocení otázky č. 11, kde se ukazuje velmi nízký věk první cigarety, kdy 26% respondentů uvádí již 10. rok. Největší počet respondentů uvedl jako věk první cigarety 12 let, a to ve 34%. Pradáčová považuje cigaretový kouř za nejhorší rizikový faktor při rozvoji nádorových onemocnění a výsledek bývá o to horší, čím je organismus mladší. Děti představují nejohroženější skupinu, jelikož jsou na účinek cigaretového kouře mnohem vnímavější než dospělí a závislost se může dostavit v kratším čase, dokonce již po 14 dnech. Kouření dětí a mládeže bývá častou příčinou onemocnění dýchacích cest a u dívek poruchou menstruace. Později to mohou být adepti na vznik kardiovaskulárních a nádorových onemocnění **(31)**.

Jako důvod kouření uváděli žáci ten, že jim to chutná (největší četnost odpovědí), pak následovaly důvody - stres, kouří kamarádi a nevím přibližně ve stejném zastoupení.

Poslední okruh otázek se týkal zkušenosti žáků s marihuanou. Z výzkumu vyplývá 25% zkušenost s touto nelegální drogou, z toho 13% drogu pouze vyzkoušelo a 12% žáků ji kouří příležitostně. ESPAD uvádí ve výsledcích výzkumu nárůst zkušenosti s marihuanou žáků do 13 let, jelikož v roce 1995 to bylo 5% a v roce 2003 15% (7). Výsledky také poukazují na skutečnost, že 4 žáci ze 100 si mohou marihuanu opatřit ve škole.

Marihuana vyvolává diskuse týkající se toho, zda je vstupní branou k užívání ještě nebezpečnějších drog či nikoliv. Z dostupných studií a výzkumů vyplývá, že to tak není. Za iniciační drogu se považuje jednoznačně alkohol (33). Nešpor uvádí, že není jednoznačně prokázána příčinná souvislost mezi užíváním alkoholu, tabáku, marihuany a přechodem k nebezpečnějším drogám, i přes vyšší relativní riziko jejich zneužívání (23). Převážná část dnešní mládeže nepovažuje kouření marihuany za užívání drog. Chápu to jako součást běžného života a určitou formu relaxace. Zároveň ale podceňují rizika spojená s jejím užíváním (36).

Na otázku, zda žáci slyšeli o nebezpečí užívání marihuany uváděli v největší četnosti jako zdroj prevence školu, dále téměř shodně rodinu a kamarády.

2.cílem této práce bylo popsaní prevence rizikového chování na této škole. Prevence je realizována v rámci školy prostřednictvím výuky, zájmových kroužků, jednorázových akcí či dlouhodobějších projektů. Druhý způsob prevence rizikového chování je realizován prostřednictvím organizací zabývajících se prevencí, které jsem v praktické části uvedla. Šťastná popisuje prevenci jako velice obsáhlou a různorodou, která je vnímána jako komplexní a flexibilní systém opatření, zajišťovaný kvalifikovanými specialisty a na kterých se podílí celá společnost (36). Programy realizované organizacemi jsou poskytovány škole zdarma či formou sponzorského daru nebo jsou financovány přímo z peněz vybraných od žáků. Programy jsou koncipovány přímo na cílovou skupinu podle ročníků. Informace o přednáškách pro rodiče jsou umístěny na internetových stránkách školy nebo jsou předávány prostřednictvím žáků.

Problematika rizikového chování je závažná a má vzestupnou tendenci, proto by měla být primární prevence zaměřena nejen na děti, ale i na dospělé, kteří často

nevhodné chování tolerují či svým příkladem dokonce podporují, zejména pak pití alkoholu a kouření cigaret **(41)**.

V době realizace výzkumu jsem měla možnost zúčastnit se přednášky na téma Kyberšikana a byla jsem nemile překvapena, jak málo rodičů projevilo zájem. Na přednášce týkající se tak závažného negativního jevu bylo přítomno přibližně pouze 15 rodičů. Déle jsem popsala metody a formy preventivní práce a také nejdůležitější body z MPP této školy. MPP je součástí příloh bakalářské práce.

6. ZÁVĚR

Problematika rizikového chování je velmi aktuálním tématem, které zaznamenává vzestupnou tendenci. Primární prevencí tohoto negativního chování se společnost snaží předcházet jeho vzniku a rozvoji, jelikož poškozuje jejich členy i celé společenství.

Bakalářská práce se zabývá výskytem rizikového chování u žáků základní školy. Je zaměřena na zkušenosti žáků s pitím alkoholu, kouřením tabákových výrobků a marihuany.

Teoretická část vymezuje základní pojmy sociální patologie, popisuje období puberty, vybrané formy rizikového chování a jeho prevenci.

1. cílem této práce bylo zmapování výskytu projevů rizikového chování – užívání návykových látek. 2. cílem popsání metod a forem prevence rizikového chování. Domnívám se, že oba cíle byly splněny. K jejich splnění byla prostřednictvím praktické části použita kvantitativní metoda sběru dat pomocí dotazníkového šetření na ZŠ Pohůrecká v Českých Budějovicích a analýza dat interních dokumentů této školy. Výsledky byly interpretovány pomocí grafů a tabulek. Byly také porovnávány s některými výzkumy z minulých let.

Z výzkumu vyplývá nárůst v užívání návykových látek a stále snižující se věková hranice první zkušenosti s nimi. V souvislosti s alkoholem uvedli žáci první užití již v 9 letech a věk první cigarety v 10 letech. Za alarmující považují zkušenost žáků s opilostí, která se ukázala u 69% dotázaných. Výzkum dále ukazuje vysokou dostupnost tabákových výrobků, jelikož téměř polovina dotázaných uvedla, že si cigarety v obchodě bez problémů zakoupí. U marihuany se ukázala zkušenost u čtvrtiny žáků 2. stupně základní školy. Jako zdroj prevence jednoznačně v největší četnosti žáci uváděli školu.

Výsledky práce by mohly být využity jako podklad pedagogickému sboru pro jejich aktuální přehled o výskytu těchto forem rizikového chování, pro potřeby výuky a pro další výzkum v rámci zefektivnění prevence. Konkrétně by se mohlo jednat o posunutí informovanosti o škodlivosti návykových látek do nižších ročníků či snaha posunout hranice první zkušenosti s návykovou látkou do vyššího věku. Dále

v rámci prevence apelovat nejen na děti, ale i jejich rodiče, kteří mají také významný vliv na utváření jejich postojů k návykovým látkám. V neposlední řadě je potřeba si uvědomit, že o zlepšení situace musí usilovat celá společnost, např. striktním dodržováním zákona týkajícího se prodeje alkoholických nápojů a tabákových výrobků nezletilým.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. CASRI. *Monitoring drogové scény a sociálního klimatu. Výsledky projektu studie aktuálního stavu ohrožené populace dětí a mládeže v rámci bezpečnosti a prevence sociálně-patologických jevů v okrese České Budějovice*. Praha, 1998.
2. CASRI. *Monitoring drogové scény a sociálního klimatu. Výsledky projektu studie aktuálního stavu ohrožené populace dětí a mládeže v rámci bezpečnosti a prevence sociálně-patologických jevů v okrese České Budějovice*. Praha, 2003.
3. CONNOLLY, SEAN. *Marijuana, straight talking*. 1. vyd. Black Rabbit Books, 2006. 46 s. ISBN 13: 978-1-58340-647-2.
4. DOLEŽALOVÁ, Pavla. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy Prioritní oblasti primární prevence MŠMT* [online]. Programming. MŠMT, 14.9.2010 [2011-01-23]. Dostupné z:< <http://www.msmt.cz/socialni-programy/prioritni-oblasti-primarni-prevence-msmt>>.
5. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-766-3.
6. DUNOVSKÝ, Jiří et al. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999.279 s. ISBN 80-7169-254-9.
7. ESPAD 03. *Kouření, pití alkoholu a užívání drog u dospívajících v České republice. Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. VI. odborný seminář*. 1. vyd. Cevap: Praha, 2005. 185 s. ISBN 80-902898-9-4.

8. FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *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.
9. GALLA, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. 1. vyd. 156s. Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-38-2.
10. HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-927-5.
11. KABÍČEK, Pavel. Rizikové chování dospívajících. *Dáma. cz* [online]. 31.10.2008. [2011-01-20]. Dostupné z: <<http://rodina.dama.cz/clanek.php?d=9658>>.
12. KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 256s. ISBN 80-7178-513-X.
13. KRAUS, Blahoslav et al. *Sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3.
14. KRÁLÍKOVÁ, Eva, KOZÁK, Jiří. *Jak přestat kouřit*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003. 130 s. ISBN 80-85912-68-6.
15. LABÁTH, Vladimír et al. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Slon, 2001. 157s. ISBN 80-85850-66-4
16. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X..

- 17.LECHTA, Viktor et al. *Základy inkluzivní pedagogiky. Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portal, 2010. 440s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- 18.MACEK, Petr, LACINOVÁ, Lenka. *Vztahy v dospívání*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principál, 2006. 196 s. ISBN 80-7364-034-1.
- 19.MATOUŠEK, Oldřich, KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 340s. ISBN 80-7178-771-X.
- 20.MATĚJČEK, Zdeněk, POKORNÁ, Merie. *Radosti a strasti – předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk*. 1. vyd. Jinočany: H+H.1998. 205 s. ISBN80-86022-21-8.
- 21.MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže* [online]. Programming. MŠMT, 5.11.2010 [2010-11-28] Dostupné z:<<http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>>.
- 22.MIOVSKÝ, Michal et.al. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 544s. ISBN 978-80-247-0865-2.
- 23.NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., dopl. a opr. vyd. Praha: Portál, 2007. 176s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- 24.NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 3. vyd. Praha, 1995. 160 s.
- 25.NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 157s. ISBN 80-7178-515-6.

26. NEŠPOR, Karel et al. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Zásady efektivní primární prevence* [online]. Programming. MŠMT, 1.9.2010 [2011-01-23]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/socialni-programy/zasady-efektivni-primarni-prevence>>.
27. *Ostrov radosti. Středisko volného času. Prevence rizikového chování* [online]. Webnode, 4.1.2011 [2011-01-20]. Dostupné z: <<http://www.ostrovzl.cz/prevence/>>.
28. POKORNÝ, Vratislav, TELCOVÁ, Jana, TOMKO, Anton. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-4.
29. POKORNÝ, Vratislav, TELCOVÁ, Jana, TOMKO, Anton. *Prevence sociálně patologických jevů, manuál praxe*. 3. vyd. Brno, Ústav psychosociálního poradenství a diagnostiky, 2003. 186s. ISBN 80-86568-04-0.
30. PEŠEK, Roman, NEČESANÁ, Kateřina. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. Programming. MŠMT, 15.2.2010 [2011-01-23]. Dostupné z:<<http://www.msmt.cz/socialni-programy/prevence-uzivani-tabaku-alkoholu-a-jinych-drog-u>>.
31. PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Kouření a zdraví*. 1. vyd. Praha: Liga proti rakovině, 2003. 12 s. ISBN 80-239-3610-7.
32. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON. *Smoking and the young*. 1. vyd. London: R. C. of P., 1992. 130 s. ISBN 1 873240 42 2.

- 33.SANANIM, kolektiv autorů. *Drogy, otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portal, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 34.SOCHŮREK, Jan. *Úvod do sociální patologie*. 1.vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.
- 35.*Stránky o závislosti – substituční léčba* [online]. MeDitorial, 14.1.2011 [2011-01-24]. Dostupné z:< <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>.
- 36.ŠŤASTNÁ, Marie. *Barvy života – aktivně smysluplná prevence. Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 8*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2005. 63 s. ISBN 80-7044-681-1.
- 37.ŠTABLOVÁ, Renata, BREJCHA, Břetislav et al. *Drogy : vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky, 2005. 115 s. ISBN 80-7251-186-6.
- 38.VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. 1. vyd. Univerzita Karlova: Karolinum, 2004. 170 s. ISBN 80-7184-488-8.
- 39.VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 1*. 1.vyd. Univerzita Karlova: Karolinum, 1997. 353s. ISBN 80-7184-317-2.
- 40.VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4.
- 41.WEDLICOVÁ, IVA. *Rodina a reakce dítěte na zátěž v kontextu sociálně patologických jevů. Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 8*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2005. 63 s. ISBN 80-7044-681-1.

42.Zákon č. 379/2005 Sb. K ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami. *Portál veřejné správy ČR* [online]. Ministerstvo vnitra, 9.9.2010 [2011-01-24].Dostupnéz:<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=379/2005&PC_8411_p=1&PC_8411_l=379/2005&PC_8411_ps=10#10821>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

návykové látky

addictive substances

prevence

prevention

puberta

puberty

rizikové chování

risk behaviour

9. PŘÍLOHY

DOTAZNÍK

Milí žáci,

Jmenuji se Michaela Jánková a jsem studentkou na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumu do mé bakalářské práce, a proto je důležité, aby byl vyplněn pravdivě.

Dotazník je **ANONYMNÍ**, uvidím ho jen já a nikdo z vašich učitelů ani rodičů k němu nebude mít přístup.

Předem děkuji za spolupráci.

Označ nebo zakroužkuj správnou odpověď:

1. **Jakého jsi pohlaví?** chlapec – dívka

2. **Ročník** 7 . – 9.

3. **Kolik je Ti let?**

4. **Piješ alkohol?**
 - ano, denně
 - ano, příležitostně (oslavy, párty)
 - nepiji
 - jednou týdně
 - jednou za měsíc
 - několikrát týdně

5. **Jaký alkohol Ti chutná?**
 - víno
 - pivo
 - sladký alkohol

-tvrdý alkohol

-jiný

6. Kolik let Ti bylo, když jsi poprvé ochutnal/a alkohol?

7. Kdo Ti alkohol podal? - kamarád

- rodič

-jiný příbuzný

-já sám

8. Byl jsi někdy opilý/á? -ano, často

-nikdy

-jednou

-několikrát

9. Kouříš tabákové výrobky? - ne

-ano, příležitostně

-jen jsem to zkusil/a, ale nekouřím

-ano, do 5ti cigaret denně

-ano, víc než 5 cigaret denně

-kouřil/a jsem, ale již nekouřím

10. Kouří rodiče? matka - otec - oba - nekouří

11. V kolika letech jsi poprvé kouřil/a?

12. Vědí rodiče, že kouříš? ano - ne

13. Kouříš, protože.... -se cítíš dospělý/á

-chutná ti to

-nevíš

-kouří kamarádi

-stres

14. Prodají Ti v obchodě cigarety? ano - ne - většinou ano - většinou ne

15. A co marihuana, zkusil/a jsi? -ano, jednou

-nikdy

-ano, pravidelně ji kouřím

-ano, příležitostně si dám

16. Máš možnost si marihuanu opatřit ve škole? ano - ne

17. Slyšel/a jsi o nebezpečí užívání marihuany? - ne

-ano, doma

-ano, ve škole

-ano od kamarádů

MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

ŠKOLNÍ ROK 2010/2011

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Název a adresa školy, pro kterou platí tento MPP	ZŠ Pohůrecká, Pohůrecká 16, České Budějovice, 370 06
Jméno a příjmení ředitele	Jaroslav Kala
Telefon na ředitele	387 011 811
E-mail na ředitele	zspohurecka@seznam.cz

Jméno a příjmení školního metodika prevence	Roman Koller
Telefon	387 011 819
E-mail	rkoller@volny.cz

Jméno a příjmení výchovného poradce	Jaroslav Kala, Vlasta Hrádelová
Telefon	387 011 811
E-mail	zspohurecka@seznam.cz

	Počet tříd	Počet žáků/studentů
ZŠ - I stupeň	17	384
ZŠ - II.stupeň	9	213
8leté Gymnázium – (Prima až Kvarta)		
6leté Gymnázium – (Prima až Sekunda)		
SŠ – ostatní		
Celkem	26	597

Použité zkratky:

MPP – Minimální preventivní program

SPJ – Sociálně patologické jevy

NNO – Nestátní neziskové organizace

ŠMP – Školní metodik prevence

A. ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

VSTUPNÍ INFORMACE A JEJICH ZDROJE

1. Sociální a jiné okolí školy

Základní škola Pohůrecká (Suché Vrbné) se nachází na JV okraji města Českých Budějovic, v těsné blízkosti menší obce, Dobré Vody u Českých Budějovic. Školu navštěvují především žáci ze spádové oblasti Suchého Vrbného. Ze 152 dojíždějících žáků mimo spádovou oblast Suchého Vrbného, je nejvíce zastoupena obec Srubec (116 dětí), Dobrá Voda (13) a Ledenice (10).

Nejsme tedy klasickou sídlištní školou. V posledních letech se zvyšuje počet cizinců ve třídách (Vietnam 6, Slovensko 4, Ukrajina 2, Rusko a Bulharsko 1). Škola úzce spolupracuje s městskou policií. Každé ráno hlídají u přechodu pro chodce strážníci Městské policie. V oblasti výskytu drog nemáme konkrétní zprávy. Máme pouze nepotvrzené informace o problémovém chování mládeže v okolí supermarketu Albert.

Ředitel školy podpořil vznik nízkoprahového centra pro mládež v příštím kalendářním roce v městské části Suché Vrbné.

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

2. Informace od pedagogů

Situace v oblasti SPJ řešíme při pravidelných poradách ředitele, výchovného poradce a školního metodika prevence každý týden v úterý 2.vyučovací hodinu, a při schůzkách jednotlivých předmětových komisí.

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

3. Informace od rodičů

Rodiče jsou seznámeni s minimálním preventivním programem na třídních schůzkách, které se konají 4x ročně (listopad, leden, duben, červen). Vyšší zájem rodičů o schůzky je pravidelně vidět v prvním termínu v 7.ročníku (informace o lyžařském a snowboardovém kurzu) a 9.ročníku (volba povolání). V ostatních ročnících a termínech není účast rodičů příliš vysoká.

(Jak hodnotí situaci v oblasti SPJ 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...)

4. Informace od žáků

Žáci mají k dispozici schránku důvěry. Ta je ovšem minimálně využívána. Uvažujeme o její aktualizaci. Děti se mohou svěřit se svými problémy samozřejmě i učitelům. Dobře funguje přímý kontakt mezi dětmi a vedením školy, žáci se často obrací s potížemi na ředitele. Informace o institucích, na které se mohou děti obrátit, jsou vyvěšené na nástěnce před šatnami žáků u tělocvičny (primární prevence). Na nástěnce je i kontakt na školního metodika prevence (konzultační hodiny).

(Jaká je situace v oblasti výskytu SPJ 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, ...)

5. Hodnocení MPP minulého školního roku (vyjádření školního metodika prevence, názoru, zkušenosti, postoje, hlediska)

Minulý školní rok proběhl na škole monitoring sociálně patologických jevů. Z monitoringu jsme zjistili, že se máme zaměřit na prevenci kouření a alkoholismu.

Z akcí, které v rámci prevence proběhly na škole, si děti nejvíce pochvalovaly program Neviditelný svět v pohybu od občanského sdružení Leontýna.

(S jakými SPJ ve škole byl největší problém, jaké jsou předpovědi do budoucnosti, co se osvědčilo a co se neosvědčilo – vyhodnocení provedených preventivních aktivit, zvážit v čem dál pokračovat a co naopak ukázalo jako neefektivní,...)

B. CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

(Co chceme v daném školním roce v rámci prevence dělat, jaký problém chceme vyřešit...)

Seřadit si cíle podle priorit školy, které by měly být dány jejich závažností, na základě zmapování situace ve škole. Opatření vedoucí k naplnění těchto cílů zpracujte do bloku C. Minimální preventivní program.)

Pro zjištění výskytu rizikového chování jsme kontaktovali pana Pavla Váchu, který na naší škole provedl monitoring. Škola se přihlásila do celonárodního projektu „Dětská cena prevence kriminality“ (dotační program MŠMT 1.4. „EU peníze školám“) od neziskové organizace Iniciativa občanského bezpečí domova. Máme příslibu účast organizace Cassiopea na projektu „Na jedné lodi EVVO“ (pro 5.třídy). Opět bude probíhat prevence těhotenství a projekt Zmizelí sousedé (holocaust).

C. MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

(Vycházejte z cílů stanovených v předchozím Bodě B. Konkretizujte v následujících bodech účelné postupy, opatření a aktivity, kterými chcete cílů výše stanovených dosáhnout.)

I. PRÁCE PEDAGOGICKÉHO SBORU A VEDENÍ ŠKOLY

1. V oblasti přímé práce pedagogů

(Vychází z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP. Definovat opatření vedoucí k dalšímu zdokonalení práce pedagogů, odstranění možných příčin ze strany systému školy, školního řádu, způsobu práce se žáky – způsob řešení výskytu SPJ ve škole..., vzájemná spolupráce pedagogů....)

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence SPJ

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

Název a odborné zaměření vzdělávání	Realizátor – organizace, odborník

*) Přidejte řádky podle potřeby

Uvidíme po monitoringu a konzultaci s panem Váchou.

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence SPJ

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

Název a odborné zaměření vzdělávání	Realizátor – organizace, odborník

*) Přidejte řádky podle potřeby

II. SPOLUPRÁCE ŠKOLY S RODIČI

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

Školní metodik prevence je rodičům představen na třídních schůzkách v listopadu.

Rodiče jsou informováni, kdy má ŠMP konzultační hodiny, kde a za jakých podmínek s ním mohou jednat. Tyto informace jsou také vyvěšeny na hlavní nástěnce před šatnami žáků u tělocvičny (nástěnka primární prevence) a na webových stránkách školy.

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

2. Aktivity pro rodiče

Uvidíme po monitoringu a konzultaci s panem Váchou.

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

Název aktivity	Realizátor, přednášející

^{*)}Přidejte řádky podle potřeby

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

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

Název aktivity	Vedoucí programu

^{*)}*Přidejte řádky podle potřeby*

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

(Při volbě náplně a typu programu z hlediska věku 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.)

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

Třídní učitelé seznámí žáky se školním metodikem prevence, vysvětlí jim, jakou plní funkci, s čím se na něj mohou obrátit.

(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 mohou kontaktovat.)

2. 1. Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce

Jde o aktivity, které nereagují na aktuální problémy a týkají se všech tříd v daném ročníku: např. zvyšování sebevědomí žáků, komunikativní dovednosti, konstruktivní řešení problémů, schopnost klást otázky a vyjádřit svůj názor, řešení stresu, učení vzájemné pomoci, schopnost říci si o pomoc a vědomí kam se v jakých záležitostech obrátit, vyrovnání 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,...)

1.-5.ročník	zdravý životní styl, šikana, bezpečnost v denním životě
6.-7.ročník	nebezpečí návykových látek, šikana, záškoláctví, agresivita
8.-9.ročník	prohloubení informací o návykových látkách a způsoby řešení krizových situací, sexuální výchova, sekty, alkohol, nikotin, trestní zákon, gambling
6.-9.ročník	zvyšování právního vědomí, sebeobrana

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

Uvidíme po monitoringu – zaměření na alkoholismus a kouření.

(Aktivity které nejsou součástí učebního plánu a reagují na zvláštní 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 SPJ- násilí, šikana, výskyt a zneužívání 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.)

Vyplývá z minulého školního roku nebo ze šetření na počátku nového školního roku

SPJ který bude řešen:	
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:	

(Další tabulky přidejte podle potřeby.)

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

(Přednáška, projekce videofilmů – pouze informativní programy, pro více žák, tříd

najednou)

Název aktivity, akce	<i>Realizátor</i>
Láska ano, děti ještě ne	MUDr. Petr Kovář

**)Přidejte řádky podle potřeby*

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE SPJ

(Uveďte to, co se nepodařilo včlenit do ostatních doporučených bodů MPP. Například preventivní aktivity realizované na Domově mládeže)

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA

Školní metodik prevence si vede denník, kam pravidelně zaznamenává případy výskytu rizikového chování, vzdělávací akce pro pedagogy, preventivní aktivity pro žáky. Vede si písemně zpracované zprávy o krizovém jednání žáků, o způsobu řešení situace, spolupráci s rodiči a na navržených opatřeních.

(vedení vlastních záznamů o: výskytu SPJ ve škole v daném školním roce, vzdělávacích akcí pro pedagogy, preventivních aktivitách pro žáky... Jakým způsobem se budou tyto aktivity vyhodnocovat např. dotazník, diskuse... + zpracování závěrečné zprávy o plnění MPP)

VII. ZÁVĚREČNÉ INFORMACE

	Datum	Podpis ředitele/ředitelky školy
Seznámení ředitele/ředitelky školy s MPP	1.11.2010	
Seznámení pedagogického sboru školy s MPP	1.11.2010	