



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Analýza preventivních programů ve vybraném městě

Vypracovala: Bc. Eva Novotná
Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Klíčová slova: Primární prevence, preventivní program, návykové látky

Lidé se během života setkávají s rizikovými faktory, které mohou mít negativní vliv na kvalitu zdraví. Společnost se snaží těmto rizikovým faktorům předcházet preventivním působením prostřednictvím preventivních programů, které mají široké spektrum působnosti.

Název diplomové práce je „*Analýza preventivních programů ve vybraném městě*“. Tyto programy byly specifikovány na preventivní programy zaměřené na návykové látky a cílem této práce bylo zjistit, jak účastníci vnímají preventivní programy zaměřené na prevenci užívání návykových látek v Jindřichově Hradci. Během výzkumu došlo ke zjištění, že preventivní programy v jednotlivých školách jsou uskutečňovány prostřednictvím různých organizací s různými lektory, a aby došlo k získání relevantních dat, výzkum byl zaměřen na hodnocení posledního preventivního programu, který byl ve škole proveden.

Pro zpracování praktické části byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu, prostřednictvím metody dotazování, která byla realizována technikou dotazníku. Výzkum probíhal v šesti základních školách a pěti středních školách v Jindřichově Hradci, přičemž výzkumný soubor tvořili žáci 8. a 9. tříd základních škol a žáci 3. a 4. ročníků středních škol. Výzkumným nástrojem se stalo dotazníkové šetření, které bylo sestaveno z 12 otázek. Otázky se zaměřily na zjištění, jakou formu preventivního programu respondenti absolvovali, které formě dávají přednost, kým byla prevence provedena, jakou osobu by pro výklad preventivního programu upřednostnili. Dále pomocí sémantického diferenciálu, který je tvořen protikladnými dvojicemi adjektiv na sedmi bodové škále, byly zjišťovány postoje respondentů k obsahu preventivního programu a postoje k osobě, která preventivní program prováděla.

Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. 1. Jakou formu preventivních programů zaměřených na návykové látky v Jindřichově Hradci účastníci upřednostňují?

2. Jakými pozitivními a negativními aspekty disponují preventivní programy zaměřené na návykové látky v Jindřichově Hradci z pohledu participantů?

S ohledem na stanovený cíl a výzkumné otázky diplomové práce byly zvoleny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1: „*Participantí ze středních škol více upřednostňují formu interaktivního preventivního programu nežli participantí ze základních škol*“ byla testována pomocí χ^2 – kvadrát testu. Výsledkem byl zjištěn statisticky významný vztah mezi typem školy a preferencí interaktivního programu. Hypotéza č. 2: „*Participantí ze středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli participantí ze základních škol*“ byla testována pomocí T – Testu. Zvláště byla vyhodnocena oblast dat týkající se hodnocení obsahu preventivního programu a oblast dat týkající se hodnocení osoby, která prováděla preventivní program. Konečným výsledkem obou oblastí byl zjištěn statisticky významný vztah mezi proměnnými.

Z výsledků práce vyplynulo, že žáci středních škol upřednostňují formu interaktivního preventivního programu, ale zároveň k preventivním programům mají negativnější vztah. Z podrobného rozebrání výsledků lze usoudit, že tento vztah může vznikat z důvodu, že informace, které žáci absolvováním preventivního programu získali, pro ně byly již známé a více by upřednostnili lektora, který by výklad podával zábavnější formou. Žáci základních škol upřednostňují besedu, jako formu preventivního programu. Oproti žákům ze škol středních mají k preventivním programům pozitivnější vztah. I přesto, že zkoumání efektivity nebylo předmětem výzkumu, žáci základních škol považují preventivní programy za užitečné. Obě skupiny respondentů zároveň preferují jako lektora preventivních programů vyléčeného uživatele návykových látek.

Tato práce může být využita jako inspirace pro pedagogické a nepedagogické pracovníky, sociální pracovníky a zároveň pro organizace, které provádí preventivní programy zaměřené na návykové látky.

Abstract

Key words: primary prevention preventive programme, addictive substances

During the life, people encounter hazardous factors which can negatively influence their health. Society tries to avoid these hazardous factors introducing preventive programmes with a wide range of impact.

This MA thesis is called "*Preventive programmes analysis in a selected town*". These programmes were specified to preventive programmes focused on addictive substances with the aim to find out how participants from Jindrichuv Hradec perceive these addiction preventive programmes. The research has revealed that preventive programmes in schools are conducted by various organizations and lecturers. In order to gain the relevant data, the research was focused on evaluation of the last preventive programme carried out in the school.

After elaborating the practical part, the strategy of quantitative research was chosen and accomplished by the interrogative method realized by a questionnaire. The research was done in six elementary schools and five high schools in Jindrichuv Hradec. The participants were made up of the 8th and 9th grade elementary-school pupils and the 3rd and 4th grade high-school students. As a research tool, a questionnaire consisting of 12 questions was used. The questions targeted to reveal in which form of the preventive programme the respondents had taken part, which form they preferred, who conducted the programme, and what sort of lecturer they would prefer. Using the semantic differential involving opposite pairs of adjectives on a 7-grade scale, the respondents' attitude towards the content of the preventive programmes was elicited as well as their attitude towards the person conducting the programme.

Two research questions were stated: 1) What kind of addiction preventive programmes do the participants in Jindrichuv Hradec prefer? 2) What positive and negative aspects do the preventive programmes contain according to the participants

in Jindřichuv Hradec? Regarding the set aim and the research questions of this MA thesis, two hypotheses have been determined. Hypothesis no. 1: *“High-school participants, in contrast to elementary-school participants, rather prefer the interactive form of the preventive programme.”* This hypothesis has been tested by the Chi-Quadrat Test. As a result, a statistically significant relation between the type of school and the interactive programme preference has been revealed. Hypothesis no. 2: *“High-school participants perceive preventive programmes rather in a negative way in comparison to elementary-school participants.”* This hypothesis has been tested by the T-Test. The data concerning the preventive programme’s content evaluation and the data concerning the evaluation of the person conducting the programme have been analysed separately. A statistically significant relation between the variables has been discovered by the final result.

The results show that the high-school students prefer the form of the interactive preventive programme; however, they have a more negative attitude towards preventive programmes in general. A detailed examination of the results suggests that it is due to their previous knowledge of the information and that they would prefer a lecturer introducing the topic in a new, more amusing way. The elementary-school pupils prefer discussion as a form of preventive programmes. In comparison to the high-school students, they have a more positive attitude towards preventive programmes. Even though the examination of efficiency was not the subject of the research, it has been found out that the elementary-school pupils consider preventive programmes being useful for them. Regarding the lecturer of the programme, both groups of respondents prefer a cured user of addictive substances.

This thesis can be used as an inspiration for professionals in various areas – education or social care and also for organizations providing addiction preventive programmes.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, 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 18. 5. 2015

.....

Eva Novotná

Poděkování:

Děkuji Mgr. Janě Gabrielové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za poskytnutí cenných rad a připomínek při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji žákům základních a středních škol v Jindřichově Hradci, kteří byli ochotni vyplnit dotazník, jenž byl nezbytný při zpracování výzkumné části. Rovněž děkuji za odbornou konzultaci a poskytnutí důležitých informací doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové, Ph.D.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	12
1.1 NÁVYKOVÉ LÁTKY	12
1.1.1 Dělení návykových látek	13
1.1.2 Druhy návykových látek, rizika při jejich užití	14
1.2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ	18
1.2.1 Příčiny rizikového chování adolescentů	19
1.2.2 Formy rizikového chování v souvislosti s užíváním návykových látek	21
1.3 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK ŠKOLNÍ POPULACÍ V ČESKÉ REPUBLICE	22
1.4 PREVENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	23
1.4.1 Systém prevence v České republice	25
1.5 PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE	29
1.5.1 Historie programů primární prevence	29
1.5.2 Požadavky primárních preventivních programů	30
1.5.3 Úrovně specifických primárních preventivních programů	30
1.5.4 Typologie preventivních programů	31
1.5.5 Efektivita primárních preventivních programů	33
1.5.6 Certifikace programů primární prevence	34
1.5.7 Finanční zdroje primární prevence	35
1.5.8 Preventivní programy a evaluace	35
1.6 PRIMÁRNÍ PREVENCE V JINDŘICHOVĚ HRADCI	36
1.6.1 Sdružení Meta, o. s.	37
2 Cíl práce a hypotézy	39
2.1 CÍL PRÁCE	39
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.3 HYPOTÉZY	39

3 Metodika	40
3.1 METODICKÝ POSTUP	40
3.2 POPIS VÝZKUMNÉHO NÁSTROJE	40
3.3 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	41
3.4 PILOTNÍ STUDIE A SBĚR DAT	41
3.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	42
3.6 ČASOVÝ HARMONOGRAM	42
3.7 ETIKA VÝZKUMU	43
4 Výsledky výzkumu.....	44
4.1 GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ VÝSLEDKŮ	44
4.2 STATISTICKÉ OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	57
5 Diskuze.....	63
6 Závěr	71
7 Seznam informačních zdrojů	74
8 Přílohy.....	80

Úvod

Pojem zdraví je charakterizován různými definicemi, ale přesto mají všechny něco společného. Obecně se jedná o nejdůležitější hodnotu v životě člověka, jejíž důležitost někteří jedinci pochopí mnohdy až s nástupem zdravotních problémů. Kvalitu zdraví ovlivňuje několik faktorů, kterým se lze bránit získáním odborných informací o zdravém životním stylu a samozřejmě prostřednictvím stabilních společenských vztahů a stabilního prostředí, které nevykazuje rizikové vlastnosti. A právě primární prevence zasahuje prostřednictvím preventivních programů do různých oblastí života s cílem předcházet nežádoucím jevům. Při realizaci preventivních programů se klade důraz na vědecké ověření efektivity těchto programů, aby došlo k zabránění financování programů, u kterých se neobjeví požadovaný efekt.

Jelikož existuje několik preventivních programů zaměřených na různé oblasti prevence a zkoumání efektivity preventivních programů je složitý metodologický postup, rozhodla jsem se zaměřit diplomovou práci s názvem: „*Analýza preventivních programů ve vybraném městě*“ na analyzování preventivních programů zaměřených na návykové látky prováděných v Jindřichově Hradci u žáků základních a středních škol. Důvodem pro výběr tohoto tématu byl můj zájem získat více informací o preventivních programech zaměřených na prevenci návykových látek a skutečnost, že jsem v minulosti byla i já participantem těchto preventivních programů.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena na šest kapitol. V první kapitole se obecně věnuji návykovým látkám, popisují jednotlivé dělení a druhy. V další kapitole jsem se zaměřila na rizikové chování adolescentů, jejich příčiny a nejčastější formy. Následuje stručný statistický popis užívání návykových látek ve školní populaci v České republice z roku 2011. Nejobsáhlejší kapitola teoretické části diplomové práce obsahuje informace o systému prevence návykových látek v České republice a podrobné rozebrání charakteristik programů primární prevence. Na závěr teoretické části se zmiňuji o jindřichohradeckém sdružení Meta, o. s., které se věnuje primární prevenci rizikového chování.

Praktická část diplomové práce obsahuje cíl práce, metodiku práce, výsledky výzkumu a diskuzi. Pro sběr dat byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu realizována metodou dotazování prostřednictvím techniky dotazníkového šetření. Výzkumný soubor, s počtem 411 získaných dotazníků, byl tvořen žáky 8. a 9. tříd základních škol a žáky 3. a 4. ročníků středních škol. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak participanti vnímají preventivní programy zaměřené na prevenci užívání návykových látek v Jindřichově Hradci. Vzhledem ke zvolenému cíli diplomové práce a kvantitativnímu typu výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky a hypotézy, které byly následně statisticky ověřovány na základě získaných dat z dotazníku.

1 Současný stav

1.1 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Člověk je během života vystavován zátěžovým faktorům, které je zapotřebí nějakým způsobem zvládat. Pomocí může být relaxace, duševní nebo fyzické aktivity, rodinné zázemí či přátelské vztahy, které nepříjemnosti a stres dokáží potlačit nebo vytěsnit. Může se stát, že relaxační metody selžou a jedinec vyhledá návykovou látku, která po užití vyvolá dobrou náladu, bezstarostnost a zvýší sebevědomí. (Kachlík, 2003)

Návykovou látkou – psychoaktivní drogou, se rozumí chemická či přírodní látka, která působí na tělesný nebo duševní stav člověka, a která je schopna měnit jednu či více funkcí organismu s velkým potenciálem závislosti na určité látce. Závislostí je označován stav, který vzniká v důsledku periodického nebo soustavného užívání drog a zároveň během posledního roku došlo ke třem nebo více následně uvedeným jevům:

1. silná touha, pocit puzení užít látku;
2. obtíže při sebeovládání u užití látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
3. výskyt tělesného odvykacího stavu, vyhledání látky za účelem zmenšit nebo odstranit typické odvykací příznaky;
4. zvýšená tolerance k účinku látky;
5. ztráta jiných zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky;
6. opakované užívání i přes důkaz viditelných škodlivých následků

(Nešpor, 2011; Nešpor at al., 1993; Colligan, 2011).

Při vzniku závislosti na návykové látce se hovoří o psychických změnách (dříve označováno jako psychická závislost), které nastávají jako první a projevují se nutkavým přáním, vzít si opakovaně drogu, i když sám závislý ví, že poškozuje své zdraví. Po dlouhodobé a pravidelné konzumaci návykové látky vznikají somatické změny (dříve označováno jako tělesná závislost), které se projevují obtížemi

a nepohodou zejména při vysazení látky, ale rovněž i pouze při snížení dávky. Při somatických změnách dochází k tomu, že se látka stane nutností pro lidský metabolismus. Někteří autoři v poslední době již od dělení závislostí ustupují a hovoří jednotně o závislosti jako takové. (Kalina, 2003)

1.1.1 Dělení návykových látek

Společnost rozděluje návykové látky na legální a nelegální, což je jedním z hledisek základního dělení těchto látek. S legálně návykovou látkou se běžně setkáváme, společnost tyto látky toleruje, přestože jejím užíváním vzniká stejná závislost jako na návykové látce nelegální. Mezi legální látky patří například nikotin, alkohol, léky (hypnotika, benzodiazepiny), kofein či organická rozpouštědla. Návykové látky nelegální jsou látky, které jsou společností netolerované a jejich prodej, přenechání a držení znamená střet se zákonem. Jedná se například o heroin, hašiš, marihuana, extáze a pervitin. (MeDitorial, 2014) Ve starších publikacích se návykové látky rozdělují na měkké, což odpovídá látkám jako je nikotin, alkohol, kofein, hašiš, konopné drogy či extáze, které neohrožují přímo život jedince a látky tvrdé, které mnohem rychleji ničí organismus, vyvolávají velké somatické a psychické změny. Jedná se například o kokain, heroin, pervitin. (Nešpor et al., 1993)

Dále se posuzuje riziko závislosti. Návykové látky s mírným rizikem závislosti jsou společností spíše akceptovány (kofein) a látky s vysokou mírou závislosti disponuje vysokým rizikem závislosti společně se zdravotními komplikacemi (organická rozpouštědla, heroin, pervitin). (Goldberg, 2010; Hanson et al., 2012; MeDitorial, 2014)

Mimo výše uvedená hlediska se také hodnotí, jakým způsobem návyková látka působí na psychiku zdravého člověka. Působení na psychiku může být následující:

1. Povzbuzující účinky – účinky látek, jako je například kokain, pervitin, heroin, nikotin se projevují tak, že člověk po užití těchto látek necítí potřebu

jíst, zvyšuje se výkon, aktivita, nastává pocit euforie, nepocítuje únavu. Užíváním dochází k vysokým psychickým změnám.

2. Tlumivé účinky – užíváním hypnotik, alkoholu, heroinu či léků (anxiolytika), rovněž dochází k výrazným psychickým změnám. Způsobují pasivitu, ospalost až spánek, zklidnění či zpomalení reakcí.
3. Halucinogenní účinky – mají konopné drogy, lysohlávky a LSD, mění intenzitu a hloubku prožívání, vědomí, vyvolávají sluchové i zrakové halucinace.

(MeDitorial, 2014)

1.1.2 Druhy návykových látek, rizika při jejich užití

Alkohol

Alkoholické nápoje jsou složeny z vody a etylalkoholu, který vzniká biochemickým procesem z nakvašeného ovoce, zeleniny či obilí. *„Alkohol je především droga, jejíž zrádnost spočívá v pozvolné tvorbě návyku“* (Marhounová at al., 1995, s. 66).

Nadměrné užívání alkoholu poškozuje zdraví člověka, postupně se u uživatele objevují vyšší tolerance vůči alkoholu a následně uživatel nad alkoholem ztrácí kontrolu. (Nešpor at al., 1993; Marhounová at al., 1995) Následky vysoké konzumace alkoholu se objevují v zažívacím traktu, zejména rakovinou jícnu, žaludku, tenkého střeva, tlustého střeva, karcinom jater či cirhóza jater, vysokým krevním tlakem, onemocněním nervového systému nebo onemocněním duševním. Dlouhodobé pití alkoholu může zapříčinit ztrátu přátel případně rozpad rodiny. Alkohol obecně ovlivňuje pozornost, výslovnost, reakce, koordinaci pohybů, zhoršení paměti, vyvolává zvracení, agresivní chování, spavost, ztrátu paměti, ztrátu vědomí při předávkování.

Pro děti a mladistvé je alkohol nebezpečnější než pro dospělé, neboť jejich organismus je nezralý, játra nedokáží účinně odbourávat alkohol, mají menší tělesnou hmotnost a malé množství alkoholu může zapříčinit otravu alkoholem. (Marádová, 2006, Monti et al., 2002)

Tabák

Toxický rostlinný alkaloid nikotin je látka obsažená v tabákovém kouři, která způsobuje závislost na kouření tabáku. Tabák lze užít ve formě cigaret, doutníků, dýmek, šňupáním a žvýkáním. V tabákovém kouři je ale obsaženo několik dalších škodlivých částic a plynů. Jedná se o dehet, oxid uhelnatý, kyanid, formaldehyd nebo arsenid. Prvními příznaky u kuřáků po inhalaci tabáku bývá nevolnost, závrať, bolest hlavy či pokleslá nálada. Pravidelní kuřáci pocíťují uvolnění, lépe se soustředí a jsou aktivní. Kouření tabáku škodlivě působí na zdraví člověka. Kuřáka provází mimo zhoubných nádorů, srdečních onemocnění, také nemoci cév a dýchacího systému - například zánět průdušek, zápal plic, rakovina plic. Pasivní kuřáci, tedy lidé, kteří nekouří a pouze vdechují kouř z cigaret, jsou stejně ohroženi rakovinou plic a alergickými reakcemi jako samotní kuřáci. To je zejména nebezpečné u dětí a mladistvých, jejichž odolnost je menší. Může se projevit zánět dýchacích cest a astma. (Triggle, 2003; Marádová, 2006; Nešpor at al., 1993)

Konopné látky

Marihuana a hašiš jsou konopné produkty, které se nejčastěji kouří nebo se přidávají do sladkostí a nápojů. Účinek konopných drog vyvolává látka tetrahydrocannabinol (THC), která je více toxická nežli alkohol. Stejnou účinnou látku obsahuje hašiš (konopná pryskyřice), který ale dosahuje desetinásobku účinných látek oproti marihuaně. Uživatelé marihuany se zpravidla schylují k následnému vyzkoušení jiných, nebezpečnějších drog. Užívání konopných produktů vede ke zhoršené paměti, poškození mozkových buněk, poruchám koordinace, špatné soustředěnosti, dýchacím potížím, cévním a nádorovým onemocněním, nepravidelné menstruaci, objevují se deprese, halucinace, pasivita. (Marádová, 2006; Nagle, 2008; Nešpor at al., 1993)

Stimulační látky

Jedná se o látky, které disponují povzbuzujícími účinky, působí na nervový systém, tělesnou aktivitu a psychiku. Obecně snižují chuť k jídlu, snižují únavu, zvyšují pocit síly a sebevědomí.

Nejčastěji zneužívanými látkami této skupiny jsou:

1. Kokain – aplikuje se jako roztok injekčně, žvýkáním, šňupáním nosem či kouřením. Tato látka v uživateli vyvolává dobrou náladu, komunikativnost, zvyšuje sexuální výkonnost a vnímavost. Jedná se o jednu z nejnebezpečnějších návykových látek. Uživatelé trpí anorexií, dýchacími potížemi, krvácením z nosu, proděravění nosní přepážky, srdečním onemocněním, vředy nebo hepatitidou.
2. Crack – jedná se o bázi kokainu s alkalickým činidlem. Ihned vzniká silná závislost. Uživatel je nebezpečný pro okolí, jedná zkratkovitě, střídá se euforie s depresemi a je velmi suicidální.
3. Pervitin – nejčastější způsob užívání bývá injekčně. Rovněž lze pervitin kouřit, nebo spolýkat tablety. Po užití se objevuje podezíravost, vysoká tepová frekvence, podrážděnost a pocit pronásledování, agresivita, zmatenost.
4. Extáze – vypadá nejčastěji jako tabletky, nebo prášek, který se šnupe, lze ji kouřit či rozpustit v nápoji. Objevuje se nespavost, nervozita, neklid, epileptické záchvaty, dehydratace, deprese, pocit zloby a únava.

(Marádová, 2006; Conti, 2012)

Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní nebo syntetické látky, které způsobují změnu vnímání skutečnosti. Rizika užití těchto látek spočívají v sebevraždách uživatelů, objevují se duševní poruchy, měnící se nálady, nevratná poškození jater, či ledvin, uživatelé slyší neexistující zvuky, paranoia, závrať, mají nádherné a naopak děsivé vidiny. Nejvíce vyskytovanou halucinogenní drogou na českém trhu jsou malé čtverečky papíru, tzv. tripy, které jsou napuštěny drogou LSD. Tyto papírky se nechají nejčastěji rozpustit přímo v ústech nebo v nápoji. Mimo oblíbených papírků se užívají v tabletách, želatině, malých zrníčkách nebo roztoku. Nejsilnější účinky LSD se dostávají po šesti hodinách a ustupují po dvanácti hodinách. Přírodní halucinogenní látky se vyskytují v houbách. Zejména se jedná o lysohlávky a mochromůrky, které obsahují látku psilocin a psilocybin. Další přírodní halucinogenní látky jsou obsaženy v kaktusech (meskalin)

nebo v rostlině Durman. Tyto přírodní halucinogenní látky si uživatelé suší a připravují si z nich čaje, ale rovněž se často požívají čerstvé. Účinky nastávají do několika minut a ustupují v některých případech až po devíti hodinách. Vyvolávají duševní pohodu, hovornost, vize nebo zdvořilost. (Marádová, 2006)

Narkotická analgetika

Tato analgetika se vyrábí ze syntetických zdrojů, nebo z opiového máku. Jedná se o látky tlumící bolest a jsou jednotně označovány jako opioidy. Rozdělují se na opium, což je přírodní šťáva získána z nezralých makovic a opiáty, jinými slovy heroin, který vzniká chemickým postupem. Opium, tvořící ztuhlou hnědou šťávu, se vaří do vzniku černé tuhé hmoty, která se po vyschnutí aplikuje kouřením. Z opia, tedy ztuhlé hnědé šťávy, která se vaří, se stane černá tuhá hmota, která se po vyschnutí kouří. Dobrá nálada, nebo útlum, který kouř vyvolá, se dostavuje velice rychle. Heroin, je jako bílý prášek do těla nejčastěji vpravován injekčně, rozpuštěný ve vodě nebo kyselině citronové. Heroin je považován za nejnávykovější a nejnebezpečnější návykovou látku. Po užití dochází k navození dobré nálady, ale krátce nato nastává snížení srdeční a dechové frekvence, zúžení očních zornic, poruchy koordinace. Celková rizika při pravidelném zneužívání těchto látek spočívají v celkovém oslabení imunitního systému, odumření mozkových buněk, impotenci, nákazy infekcemi, onemocnění jater a ledvin. (Marádová, 2006; Goldberg, 2010)

Inhalační návykové látky

Tyto látky se díky svému kapalnému skupenství označují také jako látky těkavé, které jsou nebezpečné a i přes svá rizika často podceňovány. Příkladem může být toluen, který je běžně dostupný v drogeriích. Dalšími těkavými látkami je oxid dusný (rajský plyn), aceton, benzin, éter a trichlorethylen. Látky bývají inhalovány přímo z láhve, nebo z napuštěné tkaniny (sniffing). Pro zvýšený účinek si uživatelé přes hlavu navlékají igelitový sáček. Dostavuje se po užití pocit euforie, halucinace, následně útlum, poruchy vědomí a spánek. Největším rizikem je bezvědomí a kóma,

při kterém může dojít k udušení se zvratky, zástavě dechu nebo zástavě srdeční činnosti. (Marádová, 2006; Goldberg, 2010)

Hlavní příčinou užívání návykových látek je samotná existence drog a sám člověk, procházející životními obdobími, které přináší významné změny, a které mohou jedince činit zranitelnými (Janík et al., 1990). Dospívající mládež je považována za jednu z nejzranitelnějších a nejohroženějších skupin v populaci (Kabíček et al., 2014).

1.2 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ

V období dospívání jedinec hledá své místo ve společnosti, touží po neobvyklém zážitku, dobrodružství, zastává kritické názory vůči svému okolí a může pokračovat v cestě, která vede k rizikovému chování. Zrychlená doba vyžaduje kvalitní preventivní programy především již na základních školách. V co nejnižším věku je vhodné, aby byli jedinci vedeni k prevenci a odmítání návykových látek. Preventivní programy nenahrazují výchovu rodičů, ale vedou ke správnému rozhodnutí při řešení vzniklého problému. (Fleischmann, 2001)

„Pod pojmem rizikové chování rozumíme takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Tento pojem nahrazuje dříve používaný termín sociálně patologické jevy“ (Nevoralová, 2011).

Termín adolescence označuje období dospívání, které je definováno od 10 do 20 let věku. Následně se tato dekáda rozděluje na ranou adolescenci (11 – 15 let) a pozdní adolescenci (15 – 20 let). Obecně s sebou tato celková etapa nese řadu změn osobnosti. Všechny změny jsou ovlivněny právě faktory, se kterými se jedinec setká. Nejvýrazněji jedince ovlivňují faktory biologické, psychické a sociální. V tomto období jedinec hledá a přehodnocuje svou vlastní identitu a snaží se dosáhnout co nejvíce přijatelnějšího sociálního postavení. (Vágnerová, 2005)

1.2.1 Příčiny rizikového chování adolescentů

„Dnes už nikdo nepochybuje o tom, že prostředí, do kterého se rodíme, ve kterém vyrůstáme a žijeme, v nás zanechá zřetelné stopy a v nějaké míře nás poznamenává a ovlivňuje“ (Kraus, 2008, s. 73). Důležitým faktorem, který ovlivňuje vývoj a jedince jako takového, je rodina. Rodiče své děti ovlivňují nejen svými hodnotami, slovy, ale rovněž i svými činy. (Matějček, 1992) Nejen, že se děti učí nápodobou, ale velkou roli například v závislosti na alkoholu mohou hrát i genetické dispozice. Jestliže je jeden z rodičů závislý na alkoholu, objevuje se u něj defekt na genu, který vyplavuje endorfiny, které jsou zapotřebí k libému pocitu. A právě potomci alkoholiků mají pravděpodobně schopnost produkce endorfinu sniženou, a proto inklinují k alkoholu, který jim zajistí plně prožívat radosti (Nešpor at al., 1995; Kraus at al., 2001; Kraus, 2008).

Další vlivy v rodině, které snižují odolnost jedince vůči problémům s návykovými látkami, jsou:

- nedostatečné citové vazby k jedinci,
- nedostatek času, malý dohled,
- přehnaná přísnost,
- nejasná pravidla při výchově,
- dlouhodobý manželský konflikt,
- nespolečná práce mezi rodiči ve výchově,
- rodiče schvalují alkohol a jiné návykové látky,
- uživatel některé návykové látky žije ve stejné rodině,
- podceňování, nebo naopak ctižádost rodičů,
- časté stěhování,
- sexuální zneužívání, týrání v rodině,
- rodiče nevytváří pro své dítě zájmy a záliby,
- špatné hmotné zabezpečení rodiny.

(Nešpor, 2001; Nešpor, 2011)

Důležitou roli u adolescentů hraje také prostředí školy. Mezníkem rané adolescence je povinná školní docházka a následná diferenciací dalšího profesního směřování v adolescenci pozdní. Na úrovni školy se může objevit řada rizikových vlivů, které snižují odolnost vůči návykovým látkám:

- škola neprovádí prevenci,
- škola nespolupracuje s užitečnými institucemi,
- nejsou stanovena jasná pravidla zákazu návykových látek ve škole,
- návykové látky jsou v okolí školy žákům dostupné,
- žáci jsou zesměšňováni a ponižováni,
- učitelé zdůrazňují pouze nedostatky žáků.

(Vágnerová, 2005; Nešpor, 2001)

S prostředím školy úzce souvisejí vrstevníci, tedy jedinci, které sbližuje věková a názorová blízkost. Všichni hledají svou identitu, snaží se odlišit, upravují svůj zevnějšek, hledají své hodnoty, zájmy, utvářejí skupiny, čímž se chtějí odlišit od okolní společnosti. (Matoušek, et al., 2011) Tím, že se navzájem vrstevníci ovlivňují a období adolescentů je typické hledáním a vyzkoušením něčeho jiného, se mohou objevit rizikové faktory spočívající ve vyzkoušení některých návykových látek. Rizikové vrstevníci jsou zejména ti, co:

- mají problémy s autoritami,
- chovají se protispolečensky,
- ostatní jedince zesměšňují,
- k návykovým látkám se staví pozitivně,
- zneužívají návykové látky.

(Kraus, 2008; Vágnerová, 2005; Nešpor, 2001)

Nedílnou součástí vyjmenovaných faktorů, které mohou zapříčinit snížení odolnosti vůči návykovým látkám, je také společnost. Návykové látky jsou mnohdy dostupné na koncertech populární hudby, festivalech a diskotékách, kde jsou snadno dostupné, a

cena je pro konzumenty přijatelná. Jedinci je pak snadno užijí, jelikož jsou neinformovaní, lhostejní ke svému zdraví a nachází se v nestabilní situaci. (Nešpor, 2001)

Příčinou rizikového chování může být i jedinec samotný. Může sám pociťovat nízkou sebedůvěru, trápí ho špatný školní prospěch, onemocnění nebo etnický původ a východisko hledá v návykových látkách. (Kraus, 2008; Presl et al., 1995)

1.2.2 Formy rizikového chování v souvislosti s užíváním návykových látek

Návykové látky mají různorodé účinky na lidský organismus a stejně tak příčina, která vede jedince k užívání návykových, je odlišná. Formy rizikového chování vyplývající z užívání návykových látek jsou následující:

Záškoláctví

Tento pojem označuje úmyslné zanedbání školního vyučování. Žák zanedbává školní docházku pod různými záminkami. Tato porucha chování může být způsobena negativním vztahem ke škole, kdy je žák například šikanován od svých spolužáků, má strach z předmětu, z vyučujícího nebo jsou kladeny vysoké nároky. Dalším podnětem k záškoláctví je rodinné prostředí, ve kterém je patrný nezájem rodičů o prospěch, nebo naopak v kladení vysokých nároků a přísnost. (Nevoralová, 2011; Parampukattil, 2006) Záškoláctví může být žáky vnímáno jako vhodně trávený volný čas, při kterém ve skupině vrstevníků dochází k užívání návykových látek a získávání peněz na jejich koupi. (Nevoralová, 2011; Webnode, 2008)

Agrese, šikana

Agrese je cílený fyzický či verbální útok na druhou osobu, za účelem způsobení újmy nebo poškození. Šikana znamená jakékoliv chování, jehož záměrem je ubližování, ponižování, zastrasování, vydírání, poškozování věcí, vyhrožování, pomlouvání a ponižování. Některé návykové látky vyvolávají pocit nadřazenosti, povýšenosti a vysoké sebevědomí. Projevy šikany právě nastávají v případech, kdy se uživatel

návykových látek vnímá jako vůdce například svých vrstevníků. Jakmile jedinec pocítí narušení jeho postavení, nebo dochází ke snížení toxických látek v těle, dostaví se hněv a agrese, což může mít negativní dopad pro okolí. (Nešpor, 2011; Nevoralová, 2011)

Sexuální rizikové chování

S užíváním návykových látek úzce souvisí rizikové sexuální chování. Jde o chování, které se vyznačuje rizikem v oblasti sociální a zdravotní. Zneužívání alkoholu a jiných návykových látek vede k sexuálním praktikám, které zvyšují promiskuitu a riziko přenosu infekčních chorob. (Webnode, 2008)

Delikvence, kriminalita

Podnětem, který u adolescentů vyvolává impuls pro páchaní trestné činnosti, je v řadě případů alkohol a jiné návykové látky, které zapříčiní nepřiměřené reakce a agrese.

Nejčastěji jsou páhány loupeže, napadení, devastace a znehodnocení předmětů a vloupání do objektů. (Webnode, 2008)

1.3 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK ŠKOLNÍ POPULACÍ V ČESKÉ REPUBLICE

V roce 2011 byla provedena poslední Evropská školní studie o alkoholu a jiných návykových látkách. Výzkum byl realizován na jednotlivých regionech České republiky a výzkumný vzorek obsahoval šestnáctileté studenty (narozených v roce 1995). Celkový počet respondentů činil 5074 studentů. Při analýze užívání legálních návykových látek – kouření tabáku, užívání alkoholu, se ukázaly statisticky významné rozdíly. Vyšší koncentrace uživatelů alkoholu se objevuje v regionu Středočeském, Jihočeském, Zlínském, Vysočina a regionu Praha. Z hlediska kouření patří k více exponovaným regionům Praha, region Ústecký, Karlovarský a Jihočeský.

Posouzením národní úrovně užívání návykových látek se zdá, že je situace stabilní a užívání nelegálních látek klesá. Při posouzení jednotlivých regionů ale dochází k výskytu výrazných změn a fluktuace. Níže uvedená tabulka zobrazuje celoživotní

prevalenci užívání nelegálních drog šestnáctiletými jedinci. Data jsou rozdělena dle jednotlivých krajů a určena v procentech. Například v Praze uvedlo zkušenost s konopnými látkami 53,8 % jedinců (Mravčík et al., 2013).

Obrázek 1 – Celoživotní prevalence užití sledovaných nelegálních drog v krajích mez i šestnáctiletými podle studie ESPAD v r. 2011, v %

Kraj	Konopné látky*	Extáze	Halucinogenní houby	LSD a jiné halucinogeny	Pervitin a amfetaminy	Heroin a jiné opiáty	Kokain	Těkavé látky
Hl. m. Praha	53,8	4,4	6,5	7,9	2,2	1,8	2,2	9,2
Středočeský	40,4	1,6	4,7	4,0	1,6	0,9	0,0	6,4
Jihočeský	41,9	2,2	10,0	5,0	1,6	1,9	1,6	8,1
Plzeňský	38,9	2,6	6,3	4,3	2,3	1,0	1,0	7,6
Karlovarský	48,8	3,1	7,1	5,1	2,4	0,8	1,2	8,7
Ústecký	47,8	4,0	5,1	4,3	3,5	1,3	1,1	4,0
Liberecký	43,9	2,3	7,9	5,3	1,2	1,5	0,6	7,9
Královéhradecký	40,4	1,1	6,0	3,2	0,7	1,1	1,1	10,2
Pardubický	40,2	2,4	4,8	2,4	0,3	0,0	0,0	6,8
Vysočina	37,7	3,6	9,3	5,1	2,7	1,5	1,5	11,1
Jihomoravský	42,1	2,2	5,2	3,3	1,4	2,2	0,8	6,6
Olomoucký	48,5	4,3	7,0	5,8	2,1	1,8	0,6	7,6
Zlínský	37,2	2,7	6,9	6,1	3,0	1,5	0,6	9,9
Moravskoslezský	40,0	4,5	8,2	4,8	1,8	1,5	1,0	9,0

Pozn.: * statisticky významné rozdíly mezi kraji, $p \leq 0,05$.

(Zdroj: Mravčík et al., 2013)

1.4 PREVENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Prevence je výraz latinského původu, který znamená včasnou ochranu, obranu a účinná opatření předem. V souvislosti s návykovými látkami je prevence zaměřená na zamezení nebo snížení výskytu a šíření škodlivých návykových látek. Prevence návykových látek se rozděluje do tří základních skupin:

1) Primární prevence

Primární prevence se snaží odradit jedince od užití některé z návykových látek, nebo první kontakt s návykovou látkou alespoň oddálit. Tuto prevenci je důležité zahájit již v dětství, za použití formy, která bude úměrná věku dotčeného. Jedná se o dobrý příklad v rodině, ve škole či u lékaře, kde se jedinec seznamuje se životem bez návykových látek a získává motivace k jiným aktivitám, čímž si vytvoří zdravý životní styl, správné

životní hodnoty a postoje. Všechny primární preventivní aktivity, které pomáhají snížit riziko vzniku a rozvoje nežádoucího chování a následně vedou k harmonickému rozvoji osobnosti, se jednotně nazývají nespecifická primární prevence. (Maisto et al., 2008) Jde tedy o zájmové kroužky při školských zařízeních, sportovní aktivity a programy na zlepšení životního stylu. Zahrnuje vzdělávací programy rovněž pro rodiče, pedagogy a širokou veřejnost. (Marádová, 2006; Kalina, 2003; Paulik, 2008)

Specifická primární prevence je zaměřena na určité nežádoucí chování a snaží se omezit a snížit jeho nárůst. Právě svou selektivní profilací se odlišuje od formy nespecifické prevence. Specifická primární prevence je zaměřená na problematiku návykových látek, kde je cílem seznámit jedince s pojmy návyková látka, závislost, typy návykových látek, rizika při užívání a seznámení s alternativami aktivit, které nemají souvislost s návykovými látkami při zátěžových situacích. (Nešpor et al., 1999; Kachlík, 2003)

2) Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na rizikové skupiny nebo jedince, kteří jsou užíváním návykových látek zasaženi, případně se stali závislími. Zaměřuje se na identifikaci, poradenství, řešení a léčbu vzniklého rizikového chování. Uživatelé návykových látek jsou léčeni v nemocnici, nebo ústavech a klinikách psychiatrie, kde čelí vyprcháání akutního opojení a zvládnání abstinčního příznaku, odstranění látek z organismu a následuje detoxifikace, která pomáhá při začlenění do života a nalezení místa ve společnosti. Obecně je sekundární prevence opatření, které pomáhá překonat krizi a vyřešit vzniklé problémy, a tím zabránit dalším sociálním, zdravotním a psychickým škodám. (Kachlík, 2003; Marádová, 2006; Kalina, 2003; Paulik, 2008)

3) Terciární prevence

Terciární prevence spočívá v předcházení vážného nebo i trvalého zdravotního a sociálního poškození v souvislosti s užíváním návykových látek. Do této prevence

se řadí sociální rehabilitace či resocializace klientů, kteří prošli abstinenční léčbou, substituční léčbou a abstinují na nelegálních návykových látkách. Do terciární prevence dále patří intervence u klientů, kteří se návykových látek nechtějí vzdát. Tyto intervence směřují ke snížení zdravotních rizik při užívání návykových látek, zejména ke snížení výskytu a přenosu infekčních chorob při nitrožilním užívání díky programům, které umožňují bezplatnou výměnu jehel a stříkaček, informováním o dalších možných zdravotních rizicích (trombózy žilního systému, abscesy apod.) a jejich léčby. (Kalina, 2003; Kachlík, 2003) Terciární prevence má podobu sociální úrovně, kde je uživatelům zprostředkována pomoc se získáním zaměstnání, ubytování, včetně právního poradenství. Tato prevence nabízí i psychologickou pomoc ve formě doléčovacích aktivit, poradenství individuální nebo skupinové a motivační trénink. (Marádová, 2006; Paulik, 2008)

1.4.1 Systém prevence v České republice

Státní zabezpečení prevence

Státní prevenci rizikového chování zajišťuje na horizontální úrovni Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) při Úřadu vlády. Ta vznikla v roce 2002 a zároveň bylo zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Předchůdcem RVKPP byla Meziresortní protidrogová komise, zřízená usnesením vlády v roce 1993. RVKPP koordinuje protidrogovou politiku na národní úrovni, předkládá a projednává akční plán realizace strategie protidrogové politiky. (Vláda ČR, 2014)

Horizontální úroveň dále zajišťuje Republikový výbor pro prevenci kriminality při Ministerstvu vnitra, který vznikl v roce 1993. Tento výbor vytváří koncepce preventivní politiky vlády České republiky, dále zpracovává materiály pro jednání vlády České republiky pro oblast prevence kriminality a zároveň jedná o možnostech dotačních prostředků na financování preventivní politiky. Je tvořen několika členy, ministerstvy, které navzájem spolupracují na systému státní prevence rizikového chování, a na jejich činnost dohlíží vrcholný orgán výkonné moci, jímž je Vláda České republiky. (Borník, 2001) Jednotlivá ministerstva mají své úkoly a kompetence. (Ministerstvo vnitra ČR,

2014) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* usiluje o oslabení rizikových faktorů, které mohou přispívat k delikventnímu jednání. Jedná se o ústřední orgán státní správy, který zpracovává metodické materiály v oblasti specifické primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy. Provádí administraci dotačních programů primární prevence rizikového chování a vytváří materiály legislativní povahy.

Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje spíše sekundární prevenci se zaměřením na poskytnutí sociálně – právní ochrany dětí, zajišťuje efektivní nástroje podpory zaměstnanosti, sociální dávky s cílem snížit rizikové faktory, které mohou vyvolat delikventní jednání.

Ministerstvo zdravotnictví se ve vztahu k prevenci rizikového chování spojeného s užíváním návykových látek zaměřuje na oslabení rizikových faktorů a snížení delikventní činnosti u cílových skupin.

Ministerstvo vnitra zajišťuje systém prevence kriminality, vydává bezpečnostní audity, navrhuje řešení vzniklých bezpečnostních problémů. Snaží se snižovat míru trestné činnosti, snížit výskyt delikvence, vytváří systém sběru dat a poskytuje pomoc organizacím, které se zabývají prevencí.

Ministerstvo spravedlnosti řeší porušení Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, je ústředním orgánem státní správy pro soudy a státní zastupitelství, vězeňství, –probeci a mediaci. Ministerstvo spravedlnosti je řídicím orgánem a zřizovatelem Institutu pro kriminologii a sociální prevenci, který mapuje vývoj kriminality a sociálně patologické jevy.

Ministerstvo obrany zabezpečuje obranu České republiky a řídí Armádu České republiky. Mimo to zabezpečuje aktivity v oblasti prevence kriminality a sociálně nežádoucích jevů, jako dlouhodobý úkol v práci s lidským potenciálem.

Prevenci vykonává *Policie České republiky*, která se mimo průběžného analyzování bezpečnostní situace zaměřuje na navrhování způsobů a řešení v identifikovaných lokalitách, ve kterých se objevují jakékoliv bezpečnostní problémy. Spolupracuje s Ministerstvem vnitra a společně vytvářejí koncepci prevence kriminality jako součást resortní Koncepce prevence kriminality Ministerstva vnitra a Policie ČR.

Dalším z ministerstev, které spolupracují na vývoji systému státní prevence rizikového chování, je *Ministerstvo financí*. Veškeré působení a podrobně uvedené kompetence jednotlivých ministerstev jsou uvedeny v zákoně č. 2/1969 Sb., O zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR. (Zákon č. 2/1969 Sb.)

Vertikální úroveň ministerstva zajišťují prostřednictvím krajských školních koordinátorů prevence, metodiky prevence a školními metodiky prevence (Vláda ČR, 2014).

Zabezpečení prevence územní samosprávou

Obce a kraje jsou hlavními zřizovateli škol a školských zařízení. Prevenci rizikového chování v těchto zařízeních v rámci kraje provádí Krajský školský koordinátor prevence, který dohlíží a kontroluje dodržování Minimálního preventivního programu ve školách. Jde o strategii, která obsahuje aktivity zaměřené na téma zdravý životní styl, sociálně patologické jevy, nabídka volnočasových aktivit a poradenství. Jednou za rok je vyhodnoceno, do jaké míry byly cíle naplněny a jaká byla efektivita jednotlivých aktivit. Minimální preventivní program ve školách společně s ostatními pedagogy koordinuje a zavádí školní metodik prevence, který má kvalifikaci v oblasti prevence rizikového chování. Poskytuje pedagogům informace o preventivních aktivitách, které organizují jiné odborné zařízení, zajišťují vhodné odborné pomůcky, spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence, preventivními zařízeními a okresním metodikem preventivních aktivit, který pracuje v pedagogicko - psychologické poradně nebo středisku výchovné péče a je okresním garantem preventivních programů škol a školských zařízení. Ve školách působí i výchovný poradce, který se spíše orientuje na kariérové poradenství žákům vzhledem k jejich vzdělávacím potřebám, ale pomáhá také zprostředkovat nové pedagogické metody a intervence. Realizace preventivních programů je pro základní a střední školy povinná dle pokynů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Preventivní programy poskytují také školská zařízení, jimiž jsou pedagogicko - psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, školní družina, školní klub, domov mládeže a Dům dětí a mládeže. (Miovský at al., 2010)

Zabezpečení prevence neziskovými nestátními organizacemi

Nestátní neziskové organizace je ustálený pojem ve společensko-ekonomických textech, nikoliv oficiální právní termín. Tyto organizace jsou nezávislé na státu, a přesto hrají důležitou roli v ekonomickém a politickém prostředí. Jejich činnost spočívá v úsilí pomáhat ve všech oblastech lidského života a jejich případné zisky od sponzorů z pořádaných akcí pro širokou veřejnou jsou znovu použity na činnost organizace. (Sananim, 2014) Dalšími zdroji financí jsou členské příspěvky, nadační fondy, dary či veřejné rozpočty a na realizaci preventivních programů získávají dotace z Evropské unie. Neziskové nestátní organizace se člení na několik forem. Jimi jsou občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby zřizované církví či náboženskou společností, nadace a nadační fondy. Nestátní neziskové organizace se podílejí na sociálně preventivních programech prostřednictvím dobrovolnických center, nebo jsou vytvářeny přímo organizací. Mohou být také pod záštitou univerzit, jako je například Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích, která provádí program Pět P. Tento program individuálním přístupem pomáhá dětem, které jsou ohroženy nepříznivými vlivy. (Sananim, 2014; Kunčar 2014)

1.5 PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE

1.5.1 Historie programů primární prevence

Před rokem 1989 tématiku primární prevence přebíralo Ministerstvo zdravotnictví a jeho Ústav zdravotní výchovy. Neexistoval žádný koncepční, technický či ekonomický rámec a ani oficiální dokument, který by preventivní systém na vládní úrovni definoval. Na tuto skutečnost měly vlivy zahraniční trendy a politické události. Existovaly kampaně, realizované zejména lékaři, které se uskutečňovaly prostřednictvím propagačních letáků a plakátů, upozorňující spíše na riziko užívání alkoholu a tabáku, výjimečně také na nelegální návykové látky. Typická forma prevence spočívala v zamlčování a bagatelizování některých skutečností. I přesto, že se po roce 1989 zvyšoval uživatelů alkoholu, léků a dalších nelegálních látek, představa o primární prevence byla stále nejasná. (Miovský et al., 2010)

Jednotnou koncepci strategie primární prevence přinesla v roce 1993 Strategie protidrogové politiky od Ministerstva vnitra České republiky. Tím začínala fungovat síť preventivních a léčebných programů. Objevily se první semináře v oblasti podpory zdraví pro pedagogy základních škol. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR realizovalo pozitivní trendy, na které se později navazovalo. Koncem 90. let celkově zpomalil vývoj preventivních programů. Zlepšení situace nastalo po sestavení pracovní skupiny pro primární prevenci složenou ze zástupců zodpovědných rezortů a poskytovatelů služeb a krajů. Tato skupina tvořila standardy primární prevence a připravovala manuály pro dobré praxe. K nevyšší stabilizaci a systematizace primárních preventivních programů se hovoří v letech 2002 – 2008. Došlo k hodnocení kvality a efektivity primární prevence užívání návykových látek a k zavedení certifikací kvality preventivních programů. (Miovský et al., 2010)

1.5.2 Požadavky primárních preventivních programů

Primární preventivní programy mají formulované tři obecné charakteristiky, které musí splňovat. Jedná se o:

1. stanovení jasného cíle, obsahu a způsobu provádění preventivního programu na daný typ rizikového chování,
2. přesné ohraničení časového prostoru pro přípravu plánu, jeho provedení, zhodnocení a návaznost,
3. jasně definovanou cílovou skupinu, kterou lze popsat pomocí základních údajů (věk, pohlaví, vzdělání, příslušnost).

K těmto požadavkům se přidružují pravidla, která obsahují respektování specifických problémů a potřeb cílové skupiny. Program musí být dostupný a respektovat práva účastníků, nedílnou součástí je zajištění personálních, materiálních a technických požadavků a zároveň musí docházet k realizaci zhodnocení kvality, případně efektivity těchto programů. Hlavním cílem primární prevence je dosažení maximálního předcházení a redukování rizik spojených s projevy rizikového chování. (Miovský et al., 2010)

1.5.3 Úrovně specifických primárních preventivních programů

Úroveň preventivních programů se dělí dle použitých nástrojů a cílové skupiny, na kterou se preventivní program zaměřuje. První úroveň je všeobecná primární prevence, která se soustředí na děti a mládež a zohledňuje pouze jejich věkové složení. Tyto programy může provádět pro třídy nebo menší sociální skupiny vyškolený školní metodik prevence. Druhá úroveň, tzv. selektivní primární prevence, orientuje své aktivity na skupiny osob, u kterých jsou zvýšené rizikové faktory pro vznik rizikového chování. Preventisté musejí dosáhnout vzdělání v oblastech speciální pedagogiky psychologie či adiktologie a působí pouze na menší skupiny či jednotlivce. Indikovaná primární prevence, jakožto třetí úroveň preventivního programu, se zabývá působením

na jedince, kteří jsou velmi ovlivněni rizikovými faktory a u kterých se objevilo rizikové chování. Vzdělaný preventista posuzuje individuální povahu případu, navrhuje postup řešení a další intervence. (Miovský et al., 2010)

1.5.4 Typologie preventivních programů

Obecně se preventivní programy rozdělují do několika skupin dle jejich zaměření. Jedná se o programy na rozvoj životních dovedností, kde se učí jedinci racionálně rozhodovat v rizikových situacích, učí se jak zvládat úzkosti a stres, cvičí sociální dovednosti a odolání tlaku například ze strany vrstevníků či médií. Další programy mohou být orientovány na intrapersonální rozvoj, kde se učí uvědomování hodnot, cílů, budování vlastního sebehodnocení a stanovit normu společenského chování. Rozšířeným typem preventivního programu jsou programy informativní. Jejich činností je předání informací o dopadech rizikového chování. Předávají fakta a mýty o legálních a nelegálních návykových látkách. (Miovský et al., 2010)

Hlavním cílem preventivních programů je docílení změny chování tak, aby jedinec žil zdravým životním stylem bez užívání návykových látek. Preventivní programy vycházejí nejčastěji z teoretických modelů ovlivňování chování, jako je například model „KAB“, jehož podstatou pro dosažení žádoucího chování je mít dovednosti, vhodné postoje a podmínky pro jejich uplatnění (systém péče, legislativa, dostupnost preventivních aktivit). Dalším používaným modelem je model vnitřních determinant ovlivňující chování, který obsahuje faktory, jako jsou znalosti, vnímání rizik, vnímání sociálních norem, chápání důsledků a sebe porozumění. (Kalina, 2003; Miovský et al., 2010)

Základními typy preventivních programů jsou:

1. Jednorázové preventivní programy

Tyto jednorázové preventivní akce jsou pořádány formou besed a přednášek. Může je provádět jeden lektor či dvojice lektorů pro jednu nebo více tříd dohromady v rozmezí dvou vyučovacích hodin. Obsahem bývá přednáška, která pozitivním způsobem rozvíjí znalosti o rizikovém chování a jeho následcích a poté posluchači mají prostor k otázkám a diskuzi. Obsahem může být také aktivní zapojení posluchačů pomocí her zaměřených na nácvik chování v ohrožujících situacích, zaměřených na sebepoznání a empatii. Tato forma při jednorázových akcích není příliš využívána vzhledem ke krátkému časovému intervalu. Obsahem přednášek je seznáení s návykovými látkami, jejich následky, trestní odpovědnost, vymezení kdy vzniká závislost a nácvik odmítnutí návykové látky. (Kalina, 2003)

Mimo besed a přednášek je oblíbená i forma interaktivního programu, která využívá také přednášení a diskuze včetně promítání filmů, či hudebních vystoupení a aktivní zapojení posluchačů do cvičných situací, kde nacházejí jejich vhodné řešení. Během tohoto pořadu je promítnutý film a po něm následuje beseda či zodpovězení dotazů posluchačů. Nebo vystoupí známý interpret se svým hudebním vystoupením a poté jsou zodpovězeny dotazy posluchačů. Interaktivní pořady lze provádět pro všechny věkové kategorie od 1. třídy základní školy až po střední školy, ale měli by být spíše doplňkem dlouhodobé prevence, aby prevence dosáhla všestrannosti. (Kalina, 2003; Miovský et al., 2010)

2. Dlouhodobé preventivní programy

Tyto programy se aplikují od předškolního věku, kdy se děti dozvídají základní informace o zdraví, o hygieně, výživě a sportu. Následně v raném školním věku dochází k prohlubování informací o škodlivém životním stylu v povinných předmětech, jako je například Prvouka. Na konci prvního stupně základní školy jsou děti obecně seznámeny se základními informacemi o drogách, proč je lidé užívají a jak se zachovat při odmítání nabídky drog. Opět dochází k rozšíření látky ve výukové osnově. Dlouhodobý

preventivní program pro druhé stupně základních škol obsahuje podrobnější informace o účincích drog, následcích jejich užívání, jak a kde vyhledat pomoc při závislosti na látce a také se zaměřuje na nesespecifická témata, jako jsou mezilidské vztahy, řešení problémů a komunikace. Přesný obsah programu je uzpůsoben skutečnému stavu vědomostí, postojů a úrovně v jednotlivých třídách. Na středních školách by se měl program zaměřovat hlavně na zdravotní a ekonomické souvislosti a upevňování zdravého životního stylu, a aby se jedinec orientoval v pomáhajících organizacích při případných problémech. (Kalina, 2003)

Další velmi rozšířené programy jsou programy vrstevnické, nebo také peer programy či programy pomoci. Hlavním smyslem těchto programů je zapojení vrstevníků, jakožto poučených lidí v oblasti návykových látek. Peer programy poskytují vrstevníkům informace o rizikovém chování a směřují je k tomu, aby neužívali návykové látky. Výhodou přednášejících vrstevníků je, že dobře znají skupinu a dosahují aktivní účasti ve skupině. I oni musejí být vyškoleni v oblasti rizikového chování tak, aby informace použili ve vhodném okamžiku. (Matoušek, et al., 2011; Wilson et al., 2011) Realizace těchto programů je velmi náročná, jelikož se jedná o dlouhodobou práci s peer aktivisty. Ti musejí splňovat kritéria jako je přirozená autorita, komunikativnost a pozitivní vzor zdravého životního stylu. (Miovský et al., 2010)

1.5.5 Efektivita primárních preventivních programů

Fungování preventivních programů, zda vedou, či naopak nevedou ke snížení výskytu rizikového chování lze ověřovat a měřit. Zásadním ukazatelem efektu, tedy dopadu preventivního programu na jedince, je důkaz o tom, že program například ovlivnil nejen znalosti, postoje a názory účastníků daného programu, ale že se prokazatelně objevují pozitivní změny v chování. Pozitivní změnou je myšleno například to, že jedince snižuje dávky tabáku, méně pije alkohol apod. Zároveň efektivitu preventivních programů zvyšuje způsob realizace, vzdělání a dovednosti

realizátora programu. Může se jednat o jakýkoliv typ preventivního programu, ale jestliže není prováděn správně, stává se neefektivní či dokonce škodlivý. Efektivnost preventivních intervencí lze zvyšovat, pokud dochází ke kombinacím preventivních programů. (Miovský et al., 2010)

1.5.6 Certifikace programů primární prevence

Certifikace znamená odborné posouzení, zda program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Na základě posouzení a následného uznání dle kritérií stanovených schválenými standardy program získá certifikát o jejich naplnění. Každé státní i nestátní zařízení má možnost zažádat o certifikaci svých programů. Následně speciálně vyškolení certifikátoři provedou šetření a případně certifikaci udělí. Certifikační tým je tříčlenný a složen z odborníků, kteří mají mnoholeté zkušenosti v primární prevenci a velmi dobře znají školské prostředí. Na základě předložené zprávy navrhne Výbor při Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, aby ministr udělil či neudělil certifikát. Certifikát udělí nejvýše na období 3 let. Udělený certifikát také může obsahovat doporučení a lhůtu k odstranění méně závažných nedostatků. Certifikace programů je považována jako garance kvality programů. Organizace, které si sjednávají poskytnutí certifikovaného preventivního programu, se mohou ucházet o dotace ze státního rozpočtu. Dotace nejsou přiděleny programům bez certifikace. Cílem certifikací je zvyšování kvality a hospodárné financování služeb z veřejných prostředků. Preventivní programy zaměřené na užívání návykových látek lze certifikovat v případech:

- jedná-li se o programy poskytované v rámci školní docházky,
- jestliže jsou programy poskytovány mimo školní docházku (víkendové preventivní akce, výjezdy školy),
- jde-li o vzdělávací programy v oblasti prevence pro pedagogické pracovníky,
- jestliže se jedná o ediční činnosti v oblasti primární prevence, prostřednictvím vydání časopisů nebo publikací.

(Miovský et al., 2010)

1.5.7 Finanční zdroje primární prevence

Na podporu programů a aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů dětí a mládeže každoročně vyčleňuje ze svého rozpočtu Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy průměrně 20,5 mil. Kč. Toto ministerstvo zařazuje do dotačního řízení žádosti, které jsou podané elektronicky či v listinné podobě nejpozději do 30. září pro následující kalendářní rok. Součástí žádosti je popis projektu, na který se žádá o dotaci. Popis projektu musí mít své náležitosti, které obsahují název projektu, smysluplnost projektu, formální náležitosti a správně vyplněné formuláře. Poskytnuté dotace v oblasti prevence rizikového chování příjemce použije pouze na úhradu nezbytně nutných neinvestičních nákladů. Lze z nich uhradit například platy, provozní náklady, které jsou identifikovatelné a nezbytně nutné pro poskytnutí služby (materiály, služby, příspěvek na certifikaci programů). Příjemce dotace je povinen do 15. února následujícího rozpočtového roku předložit podklady, jak došlo k finančnímu vypořádání dotací a případně provést vratku nevyužitých dotací. (Miovský et al., 2010; MŠMT, 2014)

1.5.8 Preventivní programy a evaluace

Objevuje se omezený počet preventivních programů, které jsou analyzovány a které opravdu vykazují skutečnou efektivitu. Pojem evaluace zahrnuje shromažďování informací o průběhu intervence a ověřuje, zda je preventivní program vhodný pro cílovou skupinu, zda nemá naopak negativní dopad a zda jsou naplněny cíle, které byly stanoveny. Evaluace je tedy nástroj pro zvýšení efektivnosti preventivních programů a prostředek k získání zpětné vazby. Výsledkem získaných informací z evaluace je zhodnocení a rozhodování, zda v programu primární prevence dojde k jeho zlepšení pomocí identifikovaných efektivních prvků, rozšíření nebo naopak k celkovému zrušení. Evaluace by měla proběhnout u preventivních programů, které jsou financovány z veřejných prostředků. (Miovský et al., 2010)

Evaluace se provádí pomocí hodnocení dopadů intervence programu. Tento způsob je ale náročný po stránce finanční i institucionální. Další metodou je vytvoření kritérií kvality, podle kterých se jednotlivé programy srovnávají a hodnotí se jejich naplnění požadavků. Tato metoda je finančně méně náročná, ale naopak negativní stránkou je horší reakce na proměnu potřeb cílových skupin a snížený potenciál pro inovaci. V České republice se objevují oba přístupy a také byly zjištěny faktory, které ovlivňují efektivnost primární prevence, a proto jsou vytvořeny Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. (Nevoralová, 2011)

Evaluace je prováděna ve třech oblastech. První oblastí je evaluace plánování, která je realizována v době, kdy se vypracovává plán a návrh preventivního programu. V této fázi se vymezují osoby, na které bude program zaměřen, použité strategie a metody, stanovení cílů a také dochází k posouzení dostupných finančních zdrojů a časové náročnosti. Druhou oblastí je evaluace průběhu preventivního programu, která hodnotí způsob provedení daného programu a jak ho účastníci vnímají. Hodnotí se, jak kvalitně intervence ovlivnila cílovou skupinu a tím lze dosáhnout zvýšené efektivity preventivního programu. Třetí oblast zahrnuje evaluaci výsledku, která hodnotí dosažení stanovených cílů a vytváří po skončení programu stanoviska pro případné zlepšení programů. (MŠMT, 2014)

Obecně spočívá hlavní význam realizace evaluace ve zdokonalování a inovování programu, zvyšuje úroveň a důvěryhodnost programu, šetří peníze na efektivní služby a určuje, zda programy fungují tak, jak by měly. (Nevoralová, 2011)

1.6 PRIMÁRNÍ PREVENCE V JINDŘICHOVĚ HRADCI

Jindřichův Hradec je okresním městem Jihočeského kraje a má téměř 22 tisíc obyvatel. Stabilní síť služeb v Jihočeském kraji pro zajištění efektivní primární prevence rizikového chování mládeže je zajištěna školami a školskými zařízeními, pedagogicko-psychologickými poradnami, nestátními neziskovými organizace a dalšími

organizacemi jako je například oddělení sociální právní ochrany dětí, městská policie a policie České republiky. Primární prevenci zneužívání návykových látek v Jindřichově Hradci provádí sdružení Meta, o. s. (Meta, 2015)

1.6.1 Sdružení Meta, o. s.

Sdružení Meta, o. s. bylo založeno v roce 2005 jako poskytovatel protidrogové služby v okrese Jindřichův Hradec. Postupně bylo toto sdružení rozšiřováno a certifikována na další služby primární prevence. Sdružení Meta nabízí své služby ve dvou střediscích. Prvním ze středisek je Prevcentrum v Dačicích a druhé středisko s názvem P. Centrum se nachází přímo v Jindřichově Hradci. V současné době sdružení poskytuje primární prevenci, adiktologickou poradnu a terénní program. (Meta, 2015)

Služby primární prevence zvyšují odolnost mládeže vůči rizikovému chování, vedou mládež ke zdravému životnímu stylu, učí odmítavému postoji k drogám a šíří osvětu drogové problematiky nejen mezi dětmi, ale také rodiči, pedagogy a veřejností. Tyto služby probíhají v rámci školní docházky, kde se pracuje s mládeží, pedagogy i rodiči ve školách. Jde o na sebe navzájem navazující přednášky, jejichž obsahem bývá předání odborných informací o drogách a rizicích jejich užívání, řízené diskuze, předání informací o prevenci šikany, poruch příjmu potravy a celkové propagaci zdravého životního stylu. Nabízené programy jsou vždy vhodně rozvržené dle věku a schopností žáků. Z výroční zprávy občanského sdružení Meta za rok 2013 je patrné, že zájem škol o programy primární prevence přetrvává a je součástí minimálně preventivních programů jednotlivých škol. Občanské sdružení Meta poskytuje i sekundární prevenci ve formě adiktologické poradny, která poskytuje pomoc a podporu při řešení problémů v souvislosti se zneužíváním návykových látek nejen uživatelům, ale také rodičům a blízkým osobám uživatelů drog. Do sekundární prevence patří i terénní program, který monitoruje drogovou scénu v okrese Jindřichův Hradec, snižuje rizika v souvislosti s užíváním drog prostřednictvím výměnného injekčního programu a informuje o dostupných službách určených uživatelům drog. (Meta, 2015)

Preventivní programy jsou nabízeny pro žáky základních a středních škol, pedagogy a rodiče. Specifická prevence pro školy a školská zařízení v regionu Jindřichův Hradec pro školní rok 2014/2015 je v souladu s pokyny Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. V pravidelných intervalech dochází k certifikaci programů, které podléhají standardům odborné způsobilosti a nově vyskytnutým trendům. Lektory programů jsou kmenoví pracovníci a zároveň externí pracovníci, jako jsou například sociální pedagogové, sociální pracovníci, zdravotní sestry či adiktolog. Ceny preventivních programů podléhají dotačnímu řízení a každoročně dochází k jejich aktualizaci. (Meta, 2015)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak participanti vnímají preventivní programy zaměřené na prevenci užívání návykových látek v Jindřichově Hradci.

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanoveného cíle této diplomové práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

1. Jakou formu preventivních programů zaměřených na návykové látky v Jindřichově Hradci participanti upřednostňují?
2. Jakými pozitivními a negativními aspekty disponují preventivní programy zaměřené na návykové látky v Jindřichově Hradci z pohledu participantů?

2.3 HYPOTÉZY

S ohledem na stanovený cíl a stanovené výzkumné otázky diplomové práce byly zvoleny dvě hypotézy:

H 1: Participanti ze středních škol více upřednostňují formu interaktivního preventivního programu nežli participanti ze základních škol.

H 2: Participanti ze středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli participanti ze základních škol.

3 Metodika

3.1 METODICKÝ POSTUP

Teoretická část diplomové práce byla vytvořena na základě prostudované odborné literatury, dalších informačních zdrojů a dostupných dat, které se zabývají problematikou návykových látek, rizikového chování mládeže a zabezpečení primární prevence. Další použité zdroje přispěly ke zpracování informací o programech primární prevence, které se zaměřují na prevenci užívání návykových látek.

Pro vypracování praktické části diplomové práce byla použita strategie kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum je strategie, která popisuje zkoumanou skutečnost za pomoci proměnných, které lze vyjádřit čísly, a výsledky jsou zpracovány statistickými metodami. (Punch, 2008) K získání primárních informací byla zvolena metoda dotazování. Tato metoda byla uskutečněna technikou dotazníku. Dotazníkové šetření proběhlo u žáků základních a středních škol v Jindřichově Hradci.

3.2 POPIS VÝZKUMNÉHO NÁSTROJE

Byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu, prostřednictvím metody dotazování s technikou dotazníku, který byl anonymní a v písemné podobě. Struktura dotazníku byla tvořena z úvodního oslovení, seznámení s účelem dotazníkového šetření, instrukcemi k vyplnění dotazníku a poděkování za vyplnění. Dotazník byl tvořen uzavřenými, polo uzavřenými a otevřenými otázkami. Celkem dotazník obsahoval 12 otázek, přičemž dvě otázky byly formulovány pomocí sémantického diferenciálu, kterým se zjišťovaly postoje respondentů na sedmi bodových škálách tvořenými protikladnými dvojicemi adjektiv. Sémantický diferenciál je popisován jako metoda měření postojů prostřednictvím umístění pojmů, které reprezentují určitý jev na škálách v sémantickém prostoru. Výhoda sémantického diferenciálu spočívá v hlubším proniknutí do individuálního chápání významu jednotlivých pojmů. (Pelikán,

2004) Další otázky v dotazníku zjišťovaly, jakou formu preventivního programu respondenti absolvovali, jaké formě by daly přednost, kým byl preventivní program veden, jakému přednášejícímu by dali přednost, a zároveň dotazník obsahoval identifikační otázky zaměřující se na věk a pohlaví (viz příloha č. 1).

3.3 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Jedná se o záměrný typ výběru výzkumného vzorku, jehož kritériem bylo oslovení co nejvíce participantů preventivních programů zaměřených na návykové látky. Dalším stanoveným kritériem pro výběr výzkumného vzorku byli žáci 8. a 9. tříd základních škol a žáci 3. a 4. ročníků středních škol v Jindřichově Hradci, pro získání dostatečně velkého reprezentativního vzorku ke statistickému vyhodnocení výsledků. Zbylé třídy na základních školách byly vyřazeny z důvodu obtížnosti dotazníku. 3. a 4. ročníky středních škol byly pro výzkum zvoleny díky vyšší pravděpodobnosti, že respondenti již byli účastni preventivního programu na střední škole.

Celkem bylo z dotazníkového šetření získáno 423 dotazníků. Z důvodu chybně vyplněných dotazníků nebo neúčasti žáků na preventivních programech, bylo vyloučeno 12 dotazníků, které nemohly být dále zpracovány. Nejvíce chyb se objevilo v otázkách, které byly formulovány sémantickým diferencíálem. Respondenti neoznačili body ve všech uvedených škálách.

3.4 PILOTNÍ STUDIE A SBĚR DAT

Výzkum pomocí dotazníku byl proveden v šesti základních školách a pěti středních školách v Jindřichově Hradci. V rámci předvýzkumu proběhla na všech školách osobní konzultace s řediteli, zda bude moct být výzkum proveden a zároveň proběhlo srozumění s okruhy otázek, které budou obsahem dotazníku. Osobní konzultací jsem získala doporučení, abych dotazníky žákům rozdala o přestávkách mezi výukou. Po vytvoření finální podoby dotazníku jsem dotazník dala k vyplnění dvěma respondentům, kteří se věkově shodovali s plánovaným výzkumným souborem,

z důvodu ověření si srozumitelnosti otázek a zjištění časové dotace pro vyplnění dotazníku.

Předpokládaný počet získaných dotazníků ze základních a středních škol byl odhadován na 500, vzhledem k počtu žáků na jednotlivých školách. Dotazníky jsem rozdávala sama. Žákům jsem se představila, poprosila o dobrovolné vyplnění dotazníku a upozornila je, že v dotazníku hodnotí poslední preventivní program, který absolvovali. Po celou dobu vyplňování jsem byla přítomna a při vzniklých nejasnostech jsem radila, jak mají správně dotazník vyplnit a zároveň jsem mou účastí zabránila, aby od sebe žáci, zejména na základních školách, opisovali. Při sběru dotazníku jsem se bohužel setkala s hlavním problémem, a to s neochotou žáků dobrovolně vyplňovat dotazník. Při rozdávání dotazníků někteří žáci ihned odmítli přijmout a následně dotazník vyplnit z důvodu neochoty a nezájmu o dané téma. Tento problém nastal jak na základních školách, tak na školách středních. Díky tomu se odhadovaný počet získaných dotazníků snížil z předem odhadovaných 500 na 423 dotazníků.

3.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT

Získaná data z dotazníků byla zanesena do programu Microsoft Office Excel. Z takto zpracovaných dat byly vytvořeny grafy a tabulky s konečnými výsledky. Na výpočty byla použita data pozorovaných četností, očekávaných četností, směrodatné odchylky a průměry. Pro statistické ověření hypotéz byl zvolen χ^2 – kvadrát test a T - Test, které zjišťují statisticky významné vztahy mezi proměnnými.

3.6 ČASOVÝ HARMONOGRAM

V období srpen 2014 až leden 2015 došlo k postupnému zajištění informačních zdrojů a odborné literatury a na základě získaných informací byla zpracována teoretická část diplomové práce. Poté následovalo stanovení cíle, výzkumných otázek a hypotéz a na tomto základě došlo koncem března 2015 k vytvoření dotazníku. Součástí byla i pilotní

studie potřebná ke zjištění časové náročnosti při vyplňování dotazníku a ověření si srozumitelnosti otázek. Během měsíce dubna 2015 proběhlo dotazníkové šetření v terénu, zpracování dat, statistické ověření a sepsání praktické části. Začátkem května 2015 proběhly závěrečné úpravy celé diplomové práce.

3.7 ETIKA VÝZKUMU

Prováděný výzkum byl v souladu se zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Respondenti se výzkumu účastnili zcela dobrovolně a zároveň byli informováni o jejich anonymitě. Dále byli před zahájením výzkumu seznámeni s tématem diplomové práce a k jakým účelům slouží dotazníky.

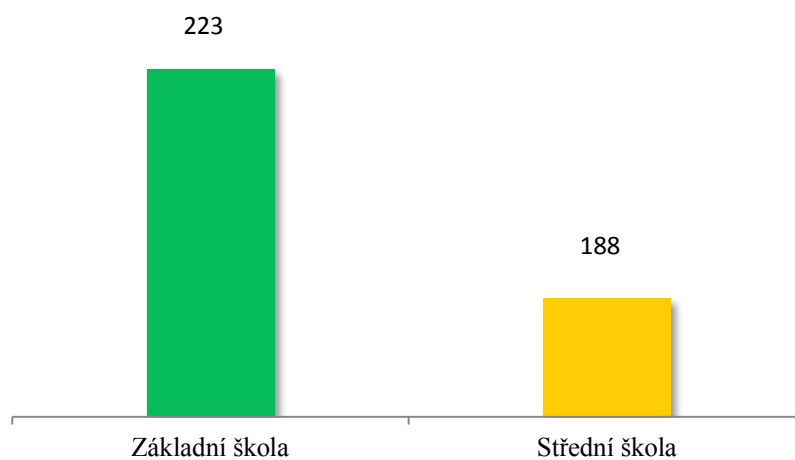
4 Výsledky výzkumu

4.1 GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ VÝSLEDKŮ

Druh školy

Z celkového počtu 411 respondentů bylo 223 respondentů ze základních škol (~ 54,3 %) a 188 respondentů ze škol středních (~ 45,7 %).

Graf č. 1 Druh školy



Zdroj: vlastní výzkum

Zastoupení pohlaví

Z tabulky č. 1 je z celkového počtu navracených dotazníků patrná převaha dívek. Na základní škole dívky tvoří celkem 61, 4 % a na školách středních dívky tvoří 61, 2 %. V 8. třídách základních škol dívky tvoří 66, 7 %, v 9. třídách základních škol 56, 1 %. Zastoupení dívek ve 3. ročnících středních škol odpovídá 60, 7 % a ve 4. ročnících středních škol 60, 6 %.

Tabulka č. 1 Zastoupení pohlaví

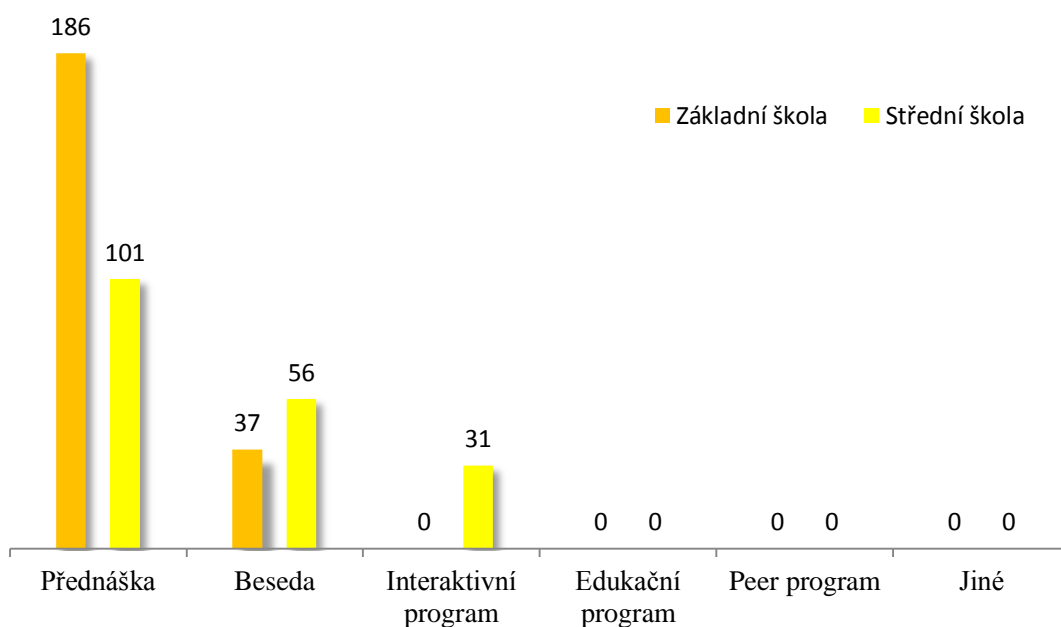
Základní škola			Střední škola		
Dívky	Chlapci	Celkem	Dívky	Chlapci	Celkem
137	86	223	115	73	188
8. třída			3. ročník		
Dívky	Chlapci	Celkem	Dívky	Chlapci	Celkem
62	31	93	74	48	122
9. třída			4. ročník		
Dívky	Chlapci	Celkem	Dívky	Chlapci	Celkem
73	57	130	40	26	66

Zdroj: Vlastní výzkum

Formy provedení preventivního programu

Graf č. 2 zobrazuje porovnání základních a středních škol a jejich účast na posledním programu primární prevence. 83,4 % respondentů ze základních škol se naposledy účastnilo programu primární prevence ve formě přednášky a zbylých 16,6 % respondentů ze základních škol uvedlo jako formu programu primární prevence besedu. 53,7 % středoškoláků uvádí jako poslední formu preventivního programu přednášku, 29,8 % uvedlo besedu a 16,5 % žáků střední škol absolvovalo interaktivní program. Zbylé možnosti žádný z respondentů nevyužil.

Graf č. 2 Formy provedení preventivního programu

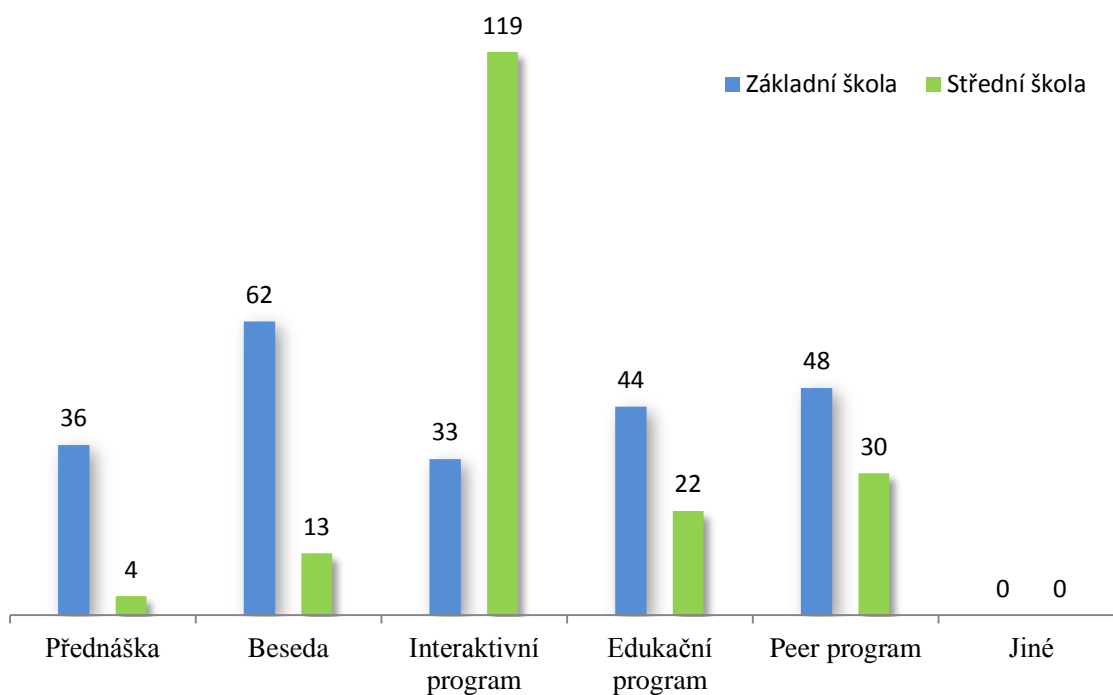


Zdroj: Vlastní výzkum

Preferovaná forma preventivního programu

Graf č. 3 ukazuje, které formě preventivního programu dávají žáci základních a středních škol přednost. Nejčtenější odpovědí žáků základních škol byla beseda (~ 27,8 %). Naopak žáci středních škol dávají přednost formě interaktivního programu (~ 63,3 %). Možnost „jiné“ žádný z respondentů nevyužil.

Graf č. 3 Preferovaná forma preventivního programu

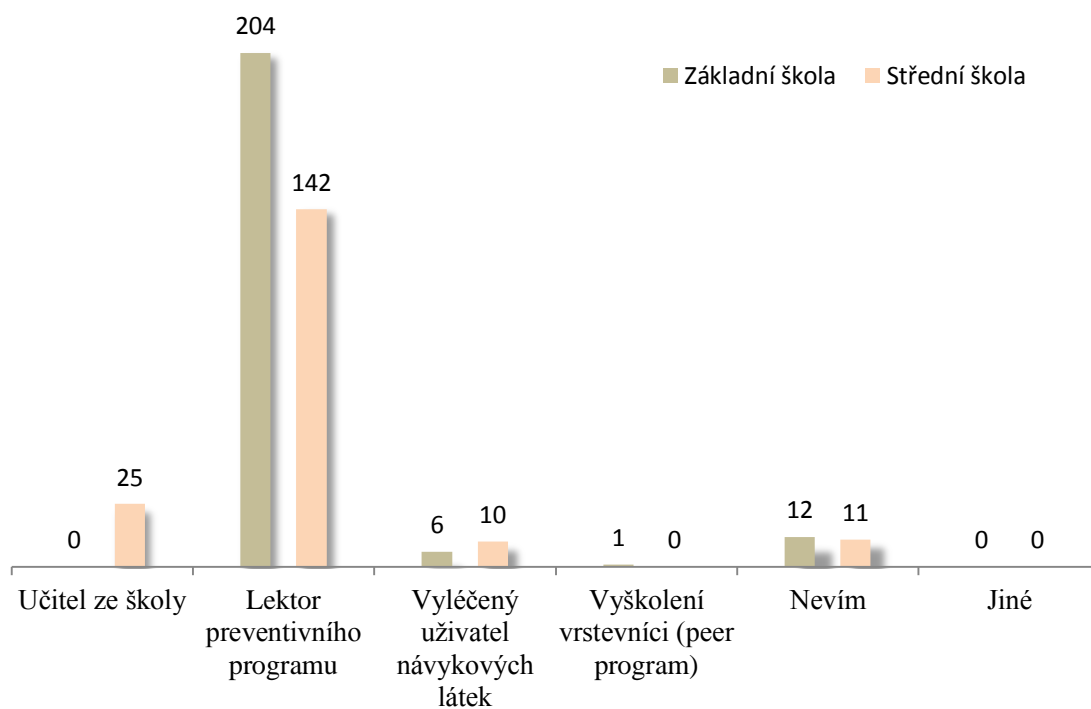


Zdroj: Vlastní výzkum

Osoba provádějící preventivní program

Z grafu č. 4 vyplývá, že převážná většina žáků základní škol (~ 91,5 %) absolvovala poslední preventivní program s lektorem preventivního programu. V podobné převaze se výsledek ukázal i u žáků na středních školách (~ 75,5 %).

Graf č. 4 Osoba provádějící preventivní program

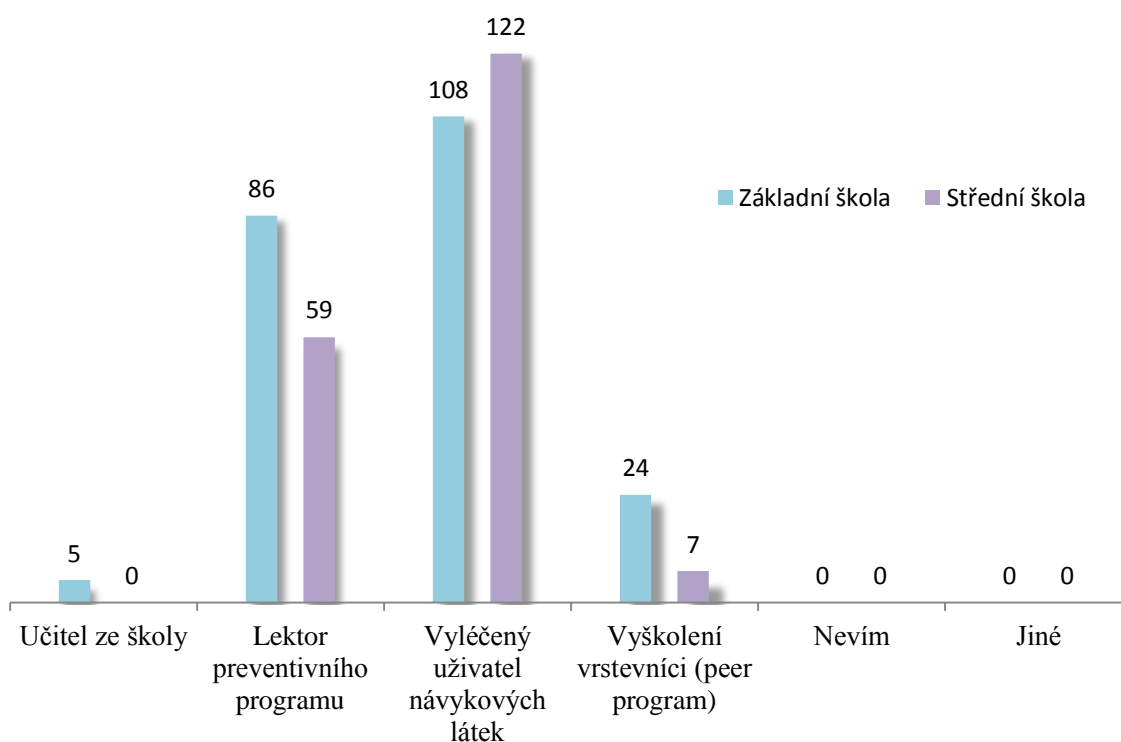


Zdroj: Vlastní výzkum

Preferovaná osoba provádějící preventivní program

Graf č. 5 zobrazuje, jakou osobu žáci základních a středních škol preferují pro výklad preventivního programu. Žáci základních škol nejvíce upřednostňují vyléčeného uživatele návykových látek (~ 48,4 %) a rovněž i žáci středních škol také dávají přednost vyléčenému uživateli návykových látek (~ 64,9 %).

Graf č. 5 Preferovaná osoba provádějící preventivní program

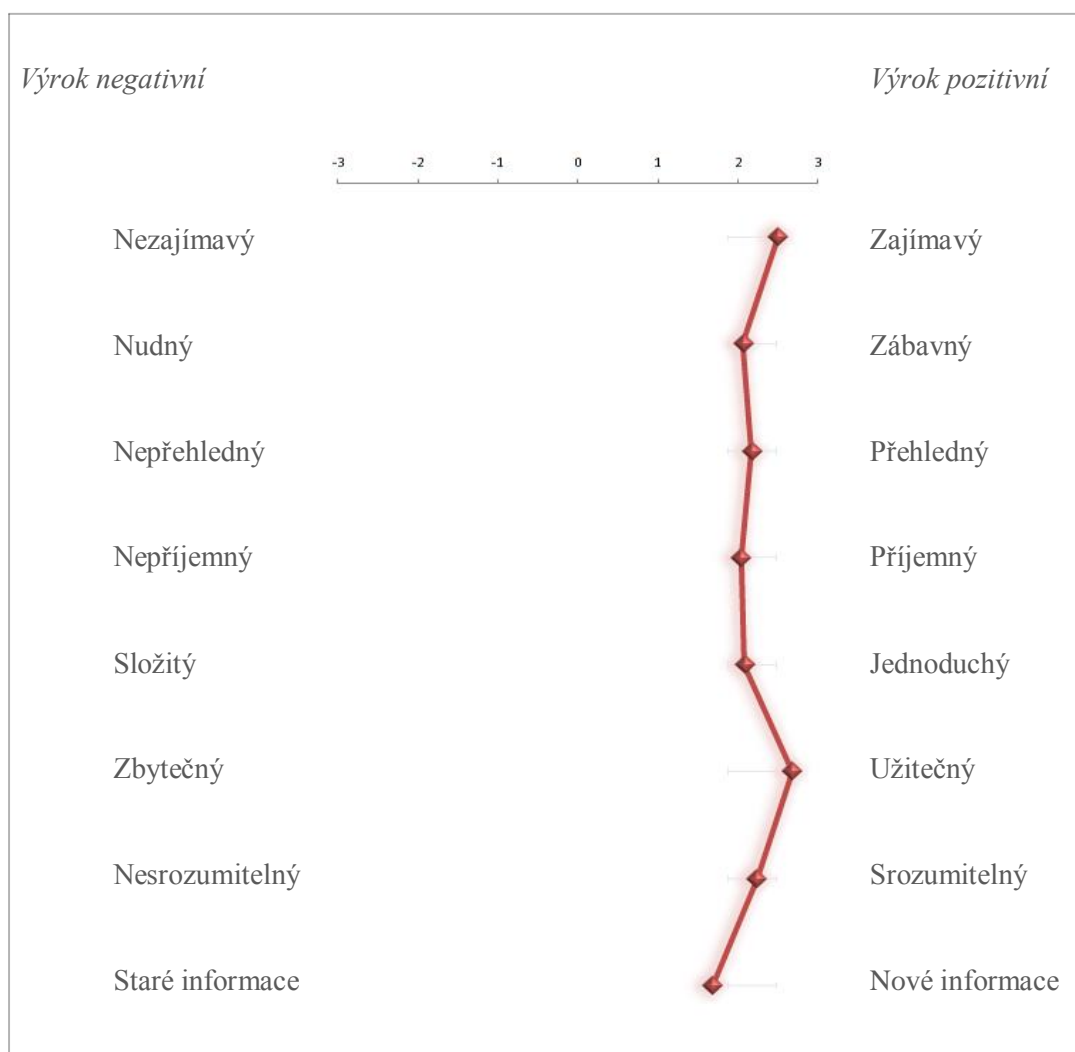


Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení výkladu žáky základních škol

Graf č. 6 zobrazuje nuance v hodnocení výkladu preventivního programu z pohledu žáků základních škol. Sémantickým diferencíálem byly respondentům nabídnuty protikladné dvojice adjektiv, které respondenti označovali na sedmibodových škálách. Z grafu je patrné pozitivní hodnocení výkladu preventivního programu.

Graf č. 6 Hodnocení výkladu žáky základních škol

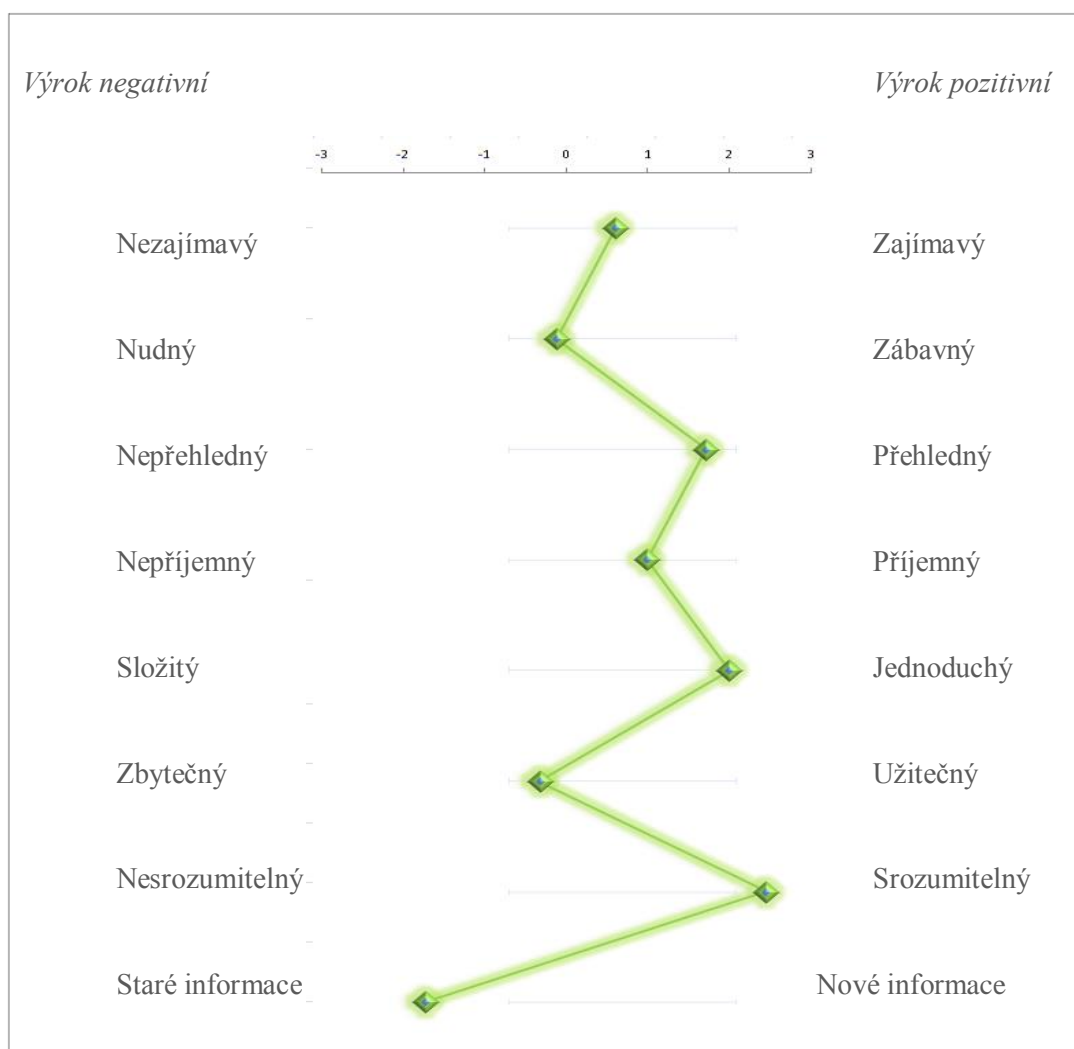


Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení výkladu žáky středních škol

Graf č. 7 zobrazuje také nuance v hodnocení výkladu preventivního programu, tentokrát z pohledu žáků středních škol. Je zde patrný přesah do negativních dimenzí. Zejména užitečnost výkladu žáci hodnotí záporně stejně tak získané informace z výkladu jsou pro žáky již známé.

Graf č. 7 Hodnocení výkladu žáky středních škol

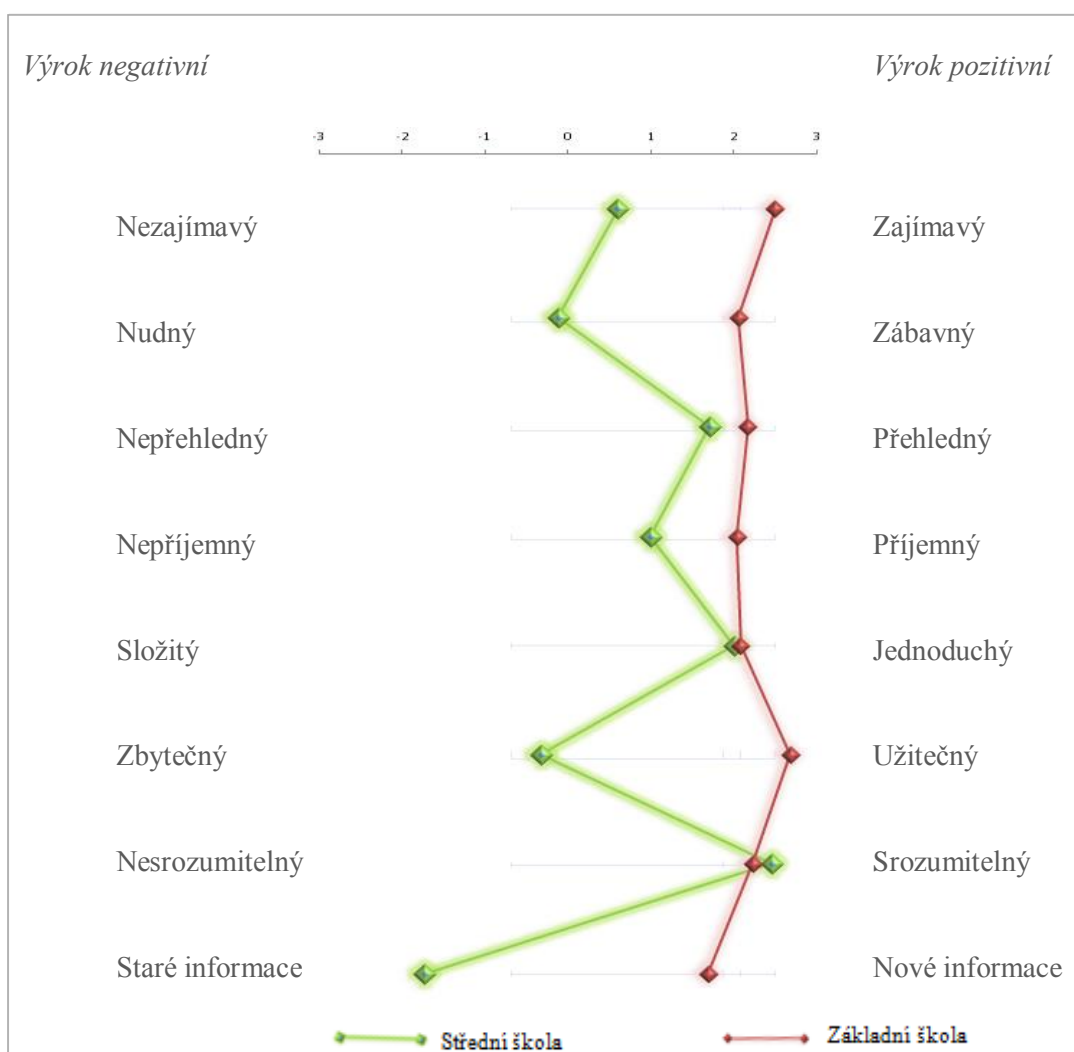


Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání hodnocení výkladu žáky základních a středních škol

Graf č. 8 ukazuje pro lepší přehlednost srovnání hodnocení výkladu preventivního programu žáky základních škol a škol středních.

Graf č. 8 Porovnání hodnocení výkladu žáky základních a středních škol

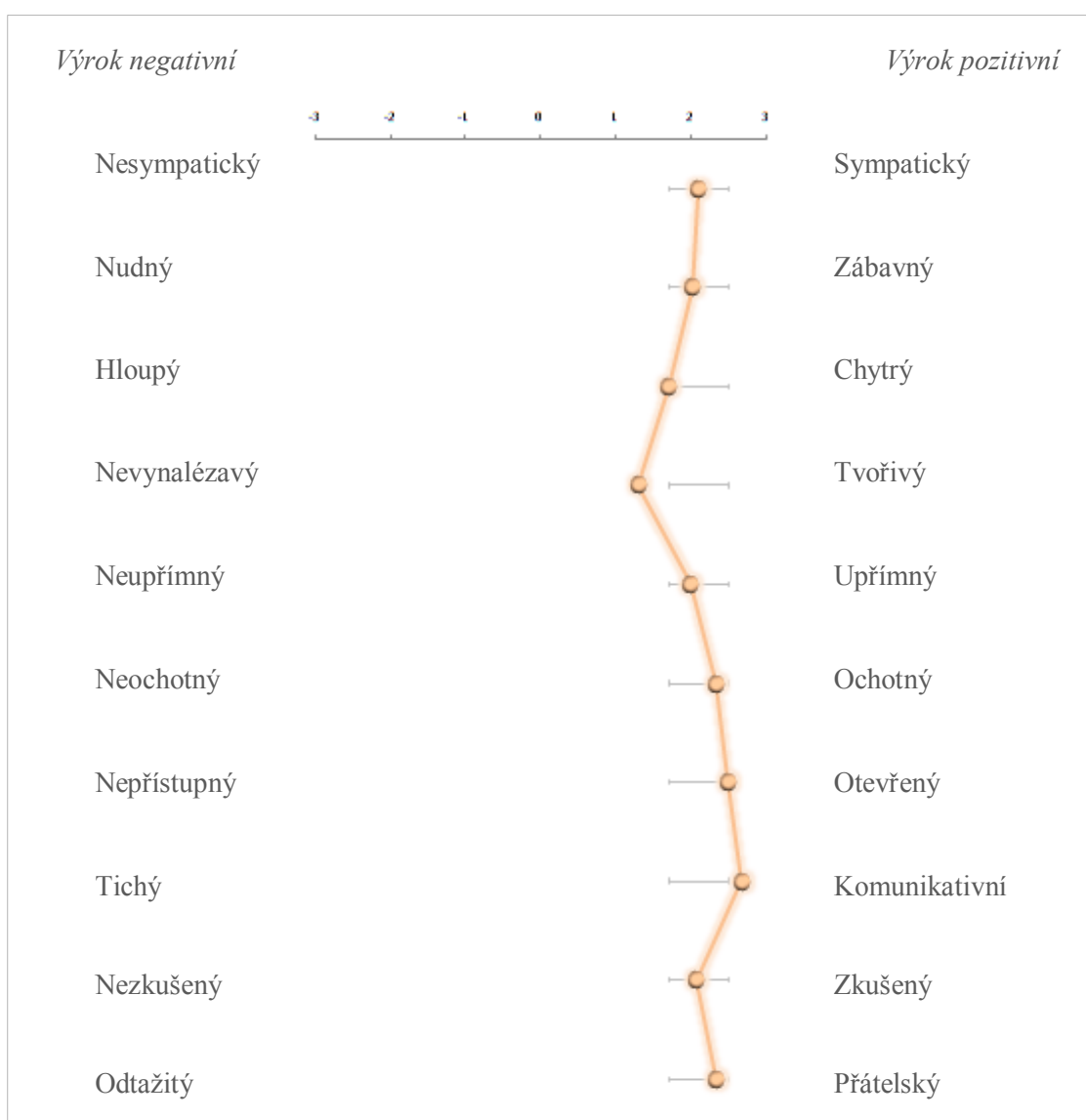


Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení přednášejícího žáky základních škol

Z grafu č. 9 je patrné pozitivní hodnocení osoby, která prováděla poslední preventivní program, z pohledu žáků základních škol. V grafu se nevyskytuje žádný bod v záporných hodnotách.

Graf č. 9 Hodnocení přednášejícího žáky základních škol

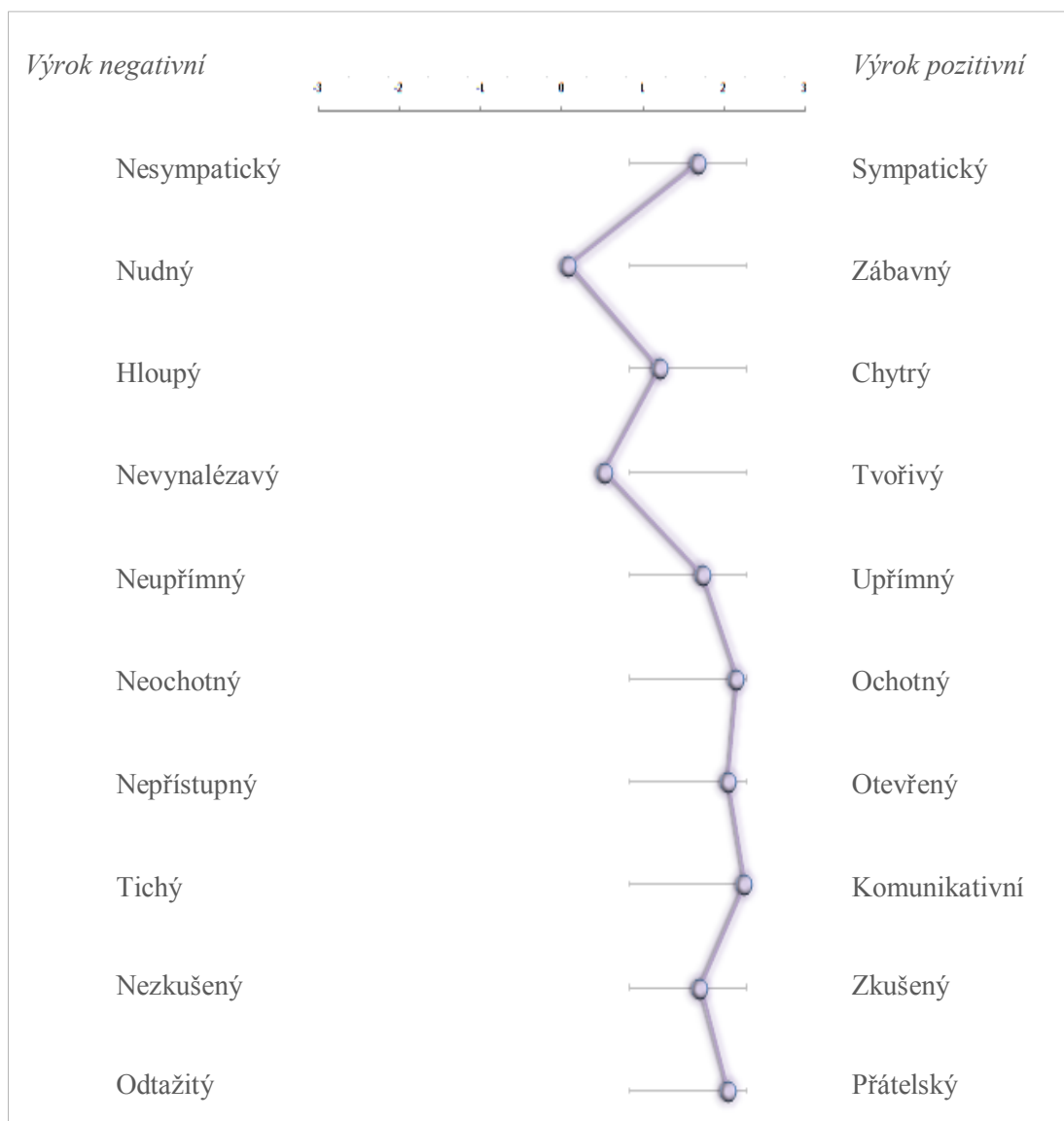


Zdroj: Vlastní výzkum

Hodnocení přednášejícího žáky středních škol

Graf č. 10 ukazuje výsledky hodnocení osoby, která prováděla poslední preventivní program tentokrát z pohledu žáků středních škol. Jsou zde patrné výkyvy do záporného hodnocení přednášející osoby.

Graf č. 10 Hodnocení přednášejícího žáky středních škol

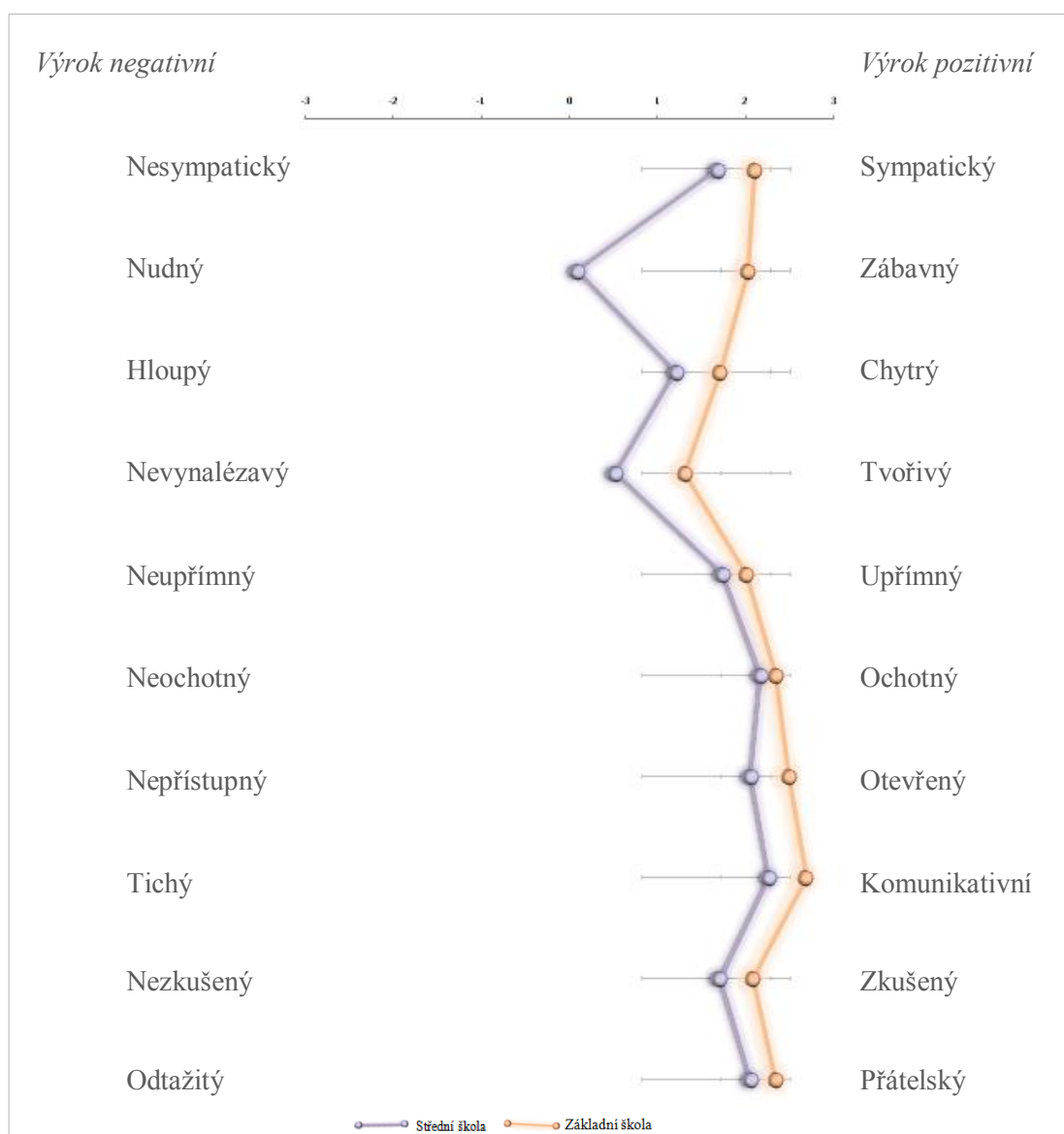


Zdroj: Vlastní výzkum

Porovnání hodnocení přednášejícího žáky základních a středních škol

Graf č. 11 přehledněji zachycuje nuance v hodnocení vlastností, kterými disponovala osoba, která prováděla poslední preventivní program. Žáci středních škol hodnotili přednášejícího negativněji, nežli žáci škol základních.

Graf č. 11 Porovnání hodnocení přednášejícího žáky základních a středních škol

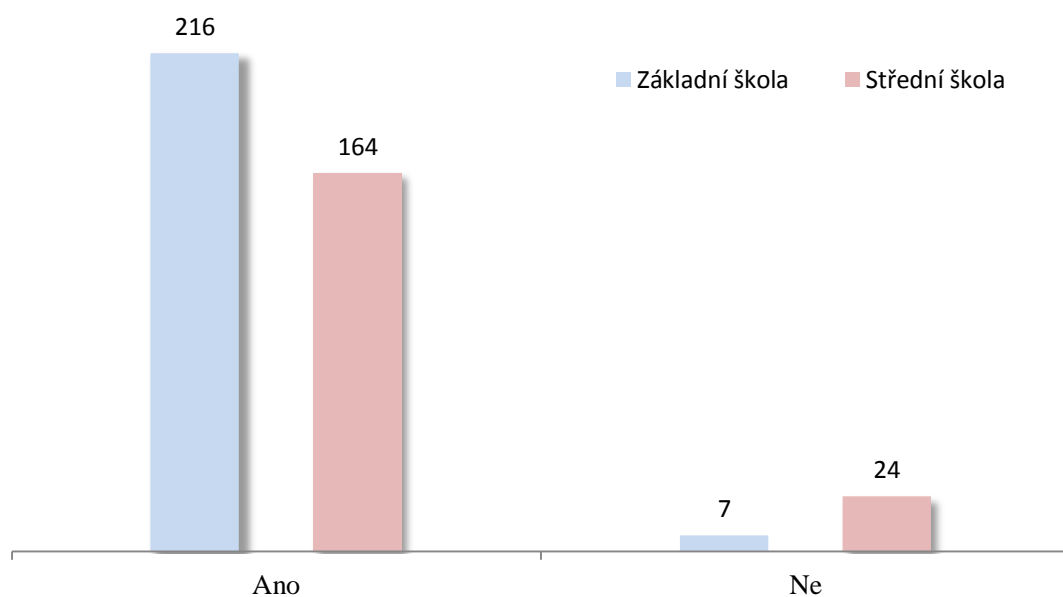


Zdroj: Vlastní výzkum

Provádění preventivních programů

Z grafu č. 12 je patrné, že 96,9 % žáků ze základních škol a 87,2 % žáků ze škol středních zastává názor, že by měly být preventivní programy návykových látek ve školách prováděny. Nesouhlas žáků ze základních škol se objevil ve 3 % a nesouhlas žáků ze středních škol ve 13 %.

Graf č. 12 Provádění preventivních programů



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 STATISTICKÉ OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1: Participanti ze středních škol více upřednostňují formu interaktivního preventivního programu nežli participanti ze základních škol.

Pro tuto hypotézu byla stanovena nulová hypotéza ve znění:

H₀: „*Preferovanost interaktivního programu není závislá na typu školy*“

Hypotéza byla statisticky testována za použití Chí-kvadrát testu, který vyplývá z tabulky č. 2.

Tabulka č. 2 Preferovanost interaktivního programu

Preferovanost interaktivního programu			
POZOROVANÉ ČETNOSTI			
Škola	Interaktivní program	Jiný program	Celkem
Základní	33	190	223
Střední	119	69	188
Celkem	152	259	411
ŘÁDKOVÁ PROCENTA			
Základní	14,8%	85,2%	100%
Střední	63,3%	36,7%	100%

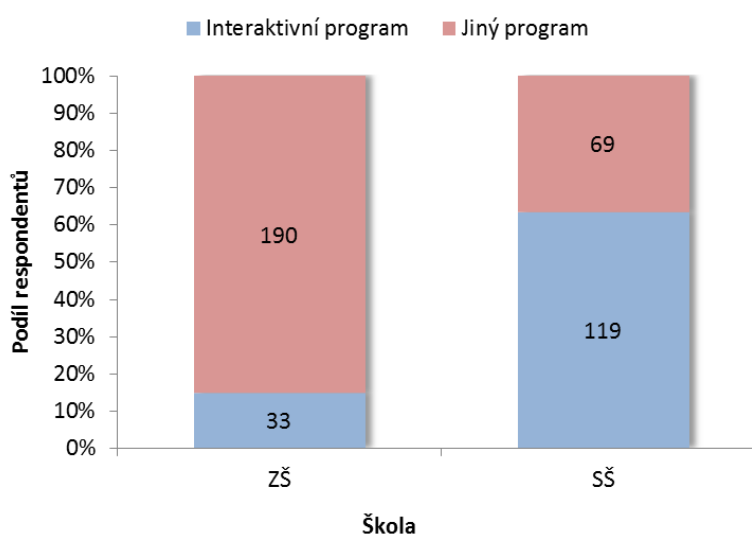
Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek Chí - kvadrát testu ukázal dosaženou hladinu významnosti **p < 0,1 %**, což znamená, že dosažená hladina významnosti je menší než 5 % a tudíž se stanovená nulová hypotéza zamítá. Z výsledku je zřejmé, že mezi typem školy a preferencí interaktivního programu byl zjištěn statisticky významný vztah. Na základě

pozorovaných četností lze usoudit, že žáci středních škol upřednostňují interaktivní programy oproti žákům ze škol základních a tím je hypotéza č. 1 potvrzena.

Graf č. 13 pro hypotézu č. 1 graficky znázorňuje patrný rozdíl u pozorovaných četností.

Graf č. 13 Srovnání preferencí studentů základních a středních škol



Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza č. 2: Participanti ze středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli participanti ze základních škol.

Pro tuto hypotézu byla stanovena nulová hypotéza ve znění:

H₀: „*Participanti ze středních škol vnímají preventivní programy stejně jako participanti ze základních škol*“

Statistické vyhodnocení této hypotézy proběhlo v několika krocích. Zvláště byla hodnocena **oblast 1** sémantického diferenciálu, která obsahuje hodnocení výkladu preventivního programu žáky základních a středních škol. Dále byla porovnána **oblast 2**, která hodnotila přednášejícího. Názory žáků základních a středních škol byly porovnány pomocí průměrných hodnot za jednotlivé oblasti. Spolu s průměrem byla vypočtena směrodatná odchylka, která značí, nakolik se od sebe liší zkoumaná data v rámci skupiny.

Výsledky z první oblasti týkající se hodnocení výkladu jsou zaneseny do tabulky č. 3.

Tabulka č. 3 Hodnocení výkladu

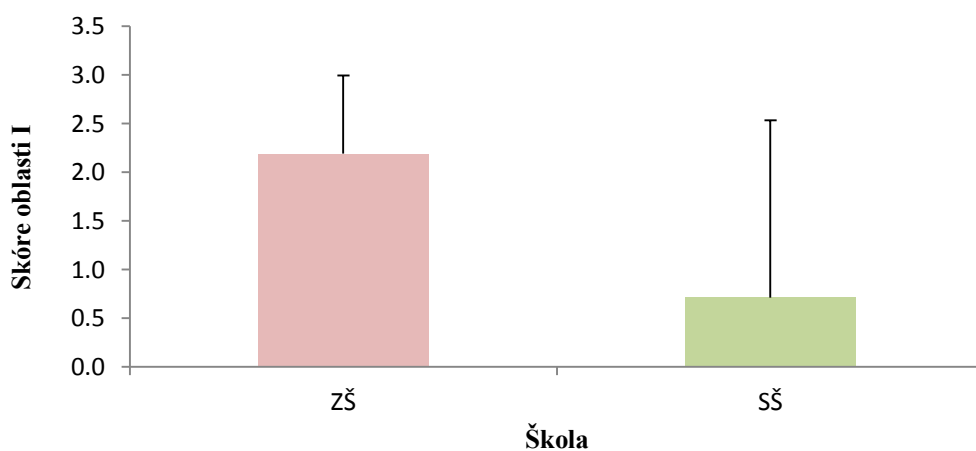
Hodnocení výkladu		
Škola	Průměr	Směrodatná odchylka
Základní	2,2	0,8
Střední	0,7	1,8

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek T – testu, dosažená hladina významnosti $p < 0,1 \%$, je menší než 5 % a tudíž se stanovená nulová hypotéza zamítá. Jednostranná varianta T testu umožňuje přijmout alternativní hypotézu H_a „*Výklad preventivního programu hodnotí negativněji participanti ze středních škol*“.

Graf č. 14 znázorňuje rozdíl v hodnocení výkladu z pohledu žáků základních a středních škol. Výška sloupce odpovídá průměrné hodnotě, chybová úsečka je směrodatná odchylka. Je zřejmé, že žáci středních škol hodnotí výklad negativněji, rovněž je ale u nich větší variabilita v odpovědích. Žáci základních škol mají konzistentnější názory.

Graf č. 14 Hodnocení výkladu



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky hodnocení druhé oblasti obsahuje tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 Hodnocení přednášejícího

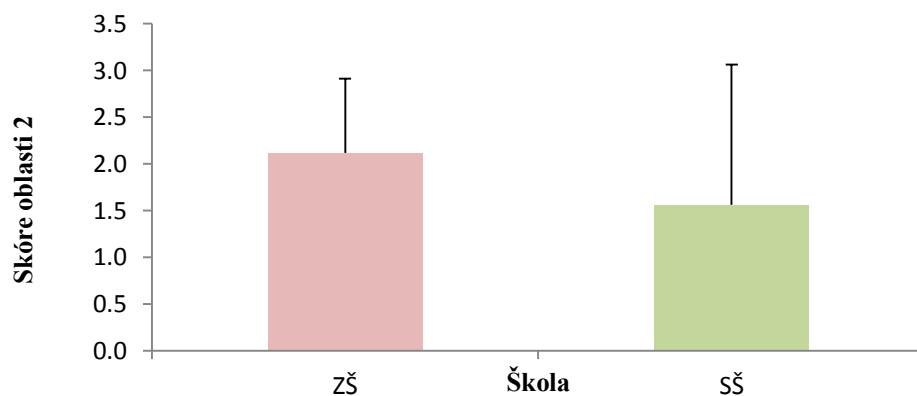
Hodnocení přednášejícího		
Škola	Průměr	Směrodatná odchylka
Základní	2,1	0,8
Střední	1,6	1,5

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek T – testu, dosažená hladina významnosti $p < 0,1 \%$, je menší než 5 % a to znamená, že stanovená nulová hypotéza se zamítá. Z výsledku je zřejmé, že osobu, která prováděla poslední preventivní program, hodnotí negativněji účastníci ze středních škol.

V grafu č. 14 je graficky znázorněn rozdíl v hodnocení přednášejícího z pohledu žáků základních a středních škol. Opět je vidět vyšší variabilita v odpovědích žáků škol středních, která je znázorněna jako chybová úsečka o délce jedné směrodatné odchylky.

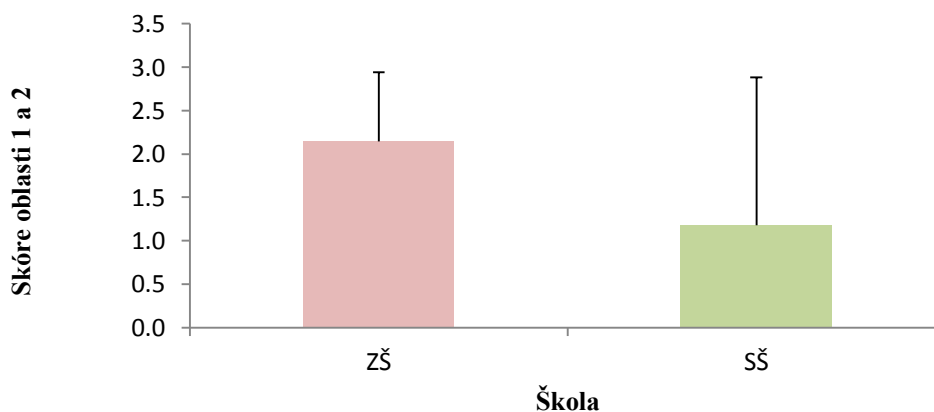
Graf č. 14 Hodnocení přednášejícího



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro konkrétní upřesnění jsem zanesla data z **oblasti 1** a **oblasti 2** sémantického diferenciálu do grafu č. 15. Ten znázorňuje negativnější postoj žáků středních škol k preventivním programům oproti žákům ze škol základních. Výsledek T – Testu ukázal, dosažená hladina významnosti $p < 0,1 \%$, je menší než 5 % a je zřejmé, že u stanovené hypotézy č. 2: „*Participantů ze středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli participantů ze základních škol.*“, byl zjištěn statisticky významný vztah, což znamená, že žáci středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli žáci ze škol základních. Tímto je hypotéza č. 2 potvrzena.

Graf č. 15 Hodnocení oblasti 1 a oblasti 2



Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuze

Pro období dospívání je přirozeným rysem experimentování a podstupování rizik při různých činnostech. Převážná většina jedinců toto období úspěšně překoná, ale mnohdy se stane, že někteří z nich vykazují rizikovější životní styl, který se projevuje delikvencí, násilím, kázeňskými a prospěchovými problémy ve škole, rizikovým sexuálním chováním či užíváním návykových látek. (Sobotková et al., 2014) V sociálním prostředí je důležité vést mládež tak, aby si vytvořila postoje a návyky k jiným oblastem, než jsou návykové látky. Jako vhodné preventivní působení je považováno zapojení mládeže do zájmových kroužků, vhodné rodinné a školní prostředí, které pozitivně ovlivňuje názory, postoje a chování jedince. (Matoušek et al., 2011) Proto jsem se v rámci své diplomové práce zabývala analýzou preventivních programů, které se zaměřují na prevenci užívání návykových látek. Zmapování tohoto tématu bylo provedeno u participantů preventivních programů, které tvořili žáci na základních a středních školách ve městě Jindřichův Hradec.

V první části dotazníku jsem se soustředila na identifikaci, zda žáci absolvovali poslední preventivní program zaměřený na prevenci návykových látek, který se v jejich škole prováděl. Důležitost této otázky spočívala v získání relevantních dat. V průběhu zpracování diplomové práce jsem zjistila, že preventivní programy návykových látek v Jindřichově Hradci probíhají pod záštitou dalších organizací (například organizace Sananim z. ú.) a výklad jednotlivých témat o návykových látkách je rozdělen mezi více přednášejících osob, v různých časových intervalech. Rozhodující je vždy Minimální preventivní program, který vypracuje školní metodik prevence. Obsahem minimálního preventivního programu je mimo poskytnutí preventivních informací, také uspořádání preventivní aktivity zajištěné určitým odborným zařízením, věnující se prevenci návykových látek. (MŠMT, 2014) Mohlo se tedy stát, že by žáci preventivní program zaměřený na problematiku alkoholu vnímali jinak, než program, který se soustředil na další návykové látky. Proto jsem dotazník specifikovala na hodnocení posledního

preventivního programu a při rozdávání dotazníků jsem žáky na toto specifikum osobně upozornila.

Dotazníkové šetření dále ukázalo, že 83,4 % žáků na základních školách absolvovalo poslední primární preventivní program formou přednášky. Přednášky jsou definovány dle Kaliny (2003) jako přenos informací pro větší skupinu osob bez jakéhokoliv aktivního zapojení posluchačů, které působí na jejich změnu chování. Jak Kalina (2003) uvádí, tento koncept ale ovlivňuje pouze malou část posluchačů. Zbýlých 16,6 % žáků základních škol uvedlo jako absolvovanou formu posledního preventivního programu besedu. Uvedené formy preventivních programů byly v dotazníku respondentům stručně vysvětleny, aby nedošlo ke špatnému pochopení. Beseda je dle Miovskeho et al. (2010) popisována tak, že lektor zjistí znalosti posluchačů, zaměří se na určité téma, dá možnost k vyjádření svých názorů a odpovídá na dotazy. Kalina (2003) uvádí, že beseda stejně jako přednáška ovlivňuje pouze velmi malou část posluchačů. Více než polovina žáků ze středních škol, tedy 53,7 % z celkového počtu, absolvovala poslední preventivní program formou přednášky, 29,8 % žáků uvedlo formu besedy a v 16,5 % se objevila forma interaktivního programu. Interaktivním programem se dle Žákové (2014) rozumí aktivní zapojení cílové skupiny. Takovýto program může obsahovat divadelní představení či promítnutí filmu s tematikou užívání návykových látek, diskuzi a aktivní zapojení posluchačů. (Kalina 2003) Ze získaných dat je patrné, že nejčastěji prováděnou formou preventivních programů byla přednáška a beseda. Kalina (2003) rovněž uvádí jako nejčtenější formu provádění preventivních programů přednášky a besedy, které jsou postaveny na informačně orientovaných přístupech. Z výsledků je zřejmé, že na školách je opravdu realizována specifická prevence návykových látek, kterou zajišťují externí organizace. Tyto organizace se zaměřují na malé, přesně definované cílové skupiny, což je dle Miovskeho et al. (2010) považováno za nejefektivnější primární prevenci návykových látek. Dle (MŠMT, 2014) musí být preventivní působení neoddelitelnou součástí výuky a zároveň se preventivní působení nesmí dostat do zjednodušeného pojetí zdravého životního stylu, kde se v rychlosti probere určité téma a jedinec si nedokáže kompetence zdravého životního stylu osvojit. Domnívám se, že největší podíl pro vytvoření a následné osvojení

zdravého životního stylu, má rodina. Jestliže rodina vykazuje některé patologické jevy a primárně nepředá svým potomkům rady, jak řešit životní problémy pozitivní formou, může se v budoucím životě jedinců objevit některá z rizikových forem chování, bez ohledu na to, zda jedinec během svého vzdělání absolvoval program primární prevence návykových látek. I Kraus et al. (2001) uvádí, mimo genetických dispozic, výchovu v rodině jako jeden z nejvýznamnějších faktorů ovlivňující vznik patologického chování dítěte.

V další části dotazníkového šetření jsem zjišťovala, jakou formu preventivního programu žáci upřednostňují. Žáci základních škol dávají nejvíce přednost provedení preventivního programu formou besed. Tato skutečnost se objevila ve 27,8 %. Výsledky ale neukazují velké procentuální rozdíly v uvedených odpovědích. Například 21,5 % respondentů dává přednost peer programům. Jedná se o vyškolené vrstevníky, kteří přednášejí pozitivní modely chování, postoje a apelují na zdravý životní styl. (Nešpor, 2007) Tato forma prevence ve mně vyvolává mírnou nevoli z důvodu nízkého věku peer aktivistů a s tím související malé množství získaných zkušeností a dovedností v oblasti drogové prevence. V 90. tých letech byly peer programy rozšířené, ale v dlouhodobém horizontu svou účinnost tyto programy neprokázaly, jak uvádí Kalina (2003).

Dále z výzkumu vyplynulo, že žáci středních škol s vysokou procentuální převahou (~ 63,3 %) dávají přednost interaktivním programům. Tento výsledek může být ovlivněn tím, že v tomto adolescentním období jedinci více pocítují nedostatek aktivních a pro ně zajímavých a nových podnětů, život jim připadá monotónní a nudný. Nové poznatky si prakticky ověřují a zaujímají k nim vlastní postoje a názory. Dokáží se zaměřit na určitou činnost a dovede s ní lépe pracovat a postupovat. Jejich úsudky jsou bystré a rychlé a dokáží dobře debatovat s dospělými. (Říčan, 2010) Z poznatků Říčana (2010) usuzuji, že žáci středních škol dávají přednost interaktivním programům z důvodu, že je pro ně velmi lákavé aktivní zapojení se při výkladu preventivního programu do připravených her či scének nebo zhlédnutí představení či filmu o návykových látkách, který je mnohdy zinscenován podle skutečné události. Takové aktivity mohou vyvolat silnější emoce, které pak vyústí v diskusi na dané téma.

Proto se domnívám, že přednáška, kde se jedná pouze o odborný výklad informačního charakteru, není pro jedince v období adolescence poutavá natolik, aby si touto formou osvojoval zdravý životní styl bez návykových látek. Vágnerová (2005) ale zmiňuje stydlivost, která se u jedinců v adolescentním období například před svými vrstevníky objevuje. Ta může naopak vyvolat nespolupráci při požadovaném aktivním zapojení se do různých aktivit.

Další výzkumná část zjišťovala, kdo preventivní program vedl. Žáci měli možnost výběru z několika možností, ale jako nejvíce označovanou osobou, která vedla poslední preventivní program, byl lektor preventivního programu. Na základních školách se lektor preventivního programu vyskytl v 91,5 %. Lektoři primární prevence rizikového chování jsou dle Kaliny (2003) většinou vystudovaní psychologové, sociologové, lékaři, nebo policisté či sociální pracovníci a prochází kurzy pro lektory primární prevence rizikového chování. Obecně jsou tito odborníci přínosem, jelikož mají žáci příležitost vyslechnout fakta i od jiných osob než jsou jejich školní pedagogové. Podle mého názoru je důležité, aby i u vystudovaných lektorů docházelo k následnému dalšímu celoživotnímu vzdělávání, jelikož ve společnosti dochází ke stále novým poznatkům a skutečnostem, na které lektori musejí být připraveni. Na školách středních byl poslední preventivní program veden lektorem preventivního programu v 75,5 %. Žáci středních škol ve 13,3 % uvedli školního pedagoga, jako osobu, která provedla poslední preventivní program. Školní pedagog, jak je uvedené v publikaci Kaliny (2003), poskytuje informace o návykových látkách, jejich účincích a rizicích v rámci naplňování školních osnov v předmětech, jako je například rodinná výchova, občanská výchova, biologie a ve společenskovedních předmětech na školách středních. Osobně si myslím, že školní pedagog, není nejvhodnější osobou, která by dovedla zvýšit odolnost mládeže proti návykovým látkám. Žák může k vyučujícímu chovat osobní, negativní postoj vzhledem k dlouhodobé vzájemné interakci ve škole, což může vyústit v nedůvěru a kritičnost ke sdělovaným informacím. Mé tvrzení může mít spojitost s výrokem Vágnerové (2005), která ve své knize zmiňuje negativní postoje adolescentů vůči učitelům a školním normám, které se mohou objevovat v případě, že

se zdůrazňují formální autority, že dochází k nedostatečnému pochopení a vyslechnutí názorů žáků.

Do dotazníku byla zařazena otázka, kým by podle žáků měl být preventivní program veden. Opět měli žáci možnost výběru z variant odpovědí. Z výsledků se ukázalo, že žáci ze základních škol ve 48,4 % uvedli vyléčeného uživatele návykových látek, 38,6 % respondentů zvolilo lektora preventivních programů, 10,8 % se přiklonilo k peer aktivistům a ve 2,2 % se objevil školní pedagog. Žáci středních škol také nejvíce označovali vyléčeného uživatele návykových látek a to v 64,9 %, 31,4 % uvedlo lektora preventivních programů a 3,7 % žáků ze středních škol zvolilo peer aktivisty. Z výsledků je tedy patrná převaha vyléčených uživatelů návykových látek, což jsem již předem předpokládala, jelikož věřím, že život vyléčeného uživatele je pro mnohé velmi zajímavý. Kaliny (2003) tyto osoby označuje „ex-user v primární prevenci“. Osobně se ale domnívám, že působnost těchto „ex-userů“ se více uplatní v zařízeních poskytujících péči pro osoby, které se již potýkají s problémem závislosti. Dokáží je motivovat, protože rozumí jejich problému, ale pro žáky základních a středních škol může být jejich vystoupení pouze zpestření, ale nikoliv motivací ke zdravému životnímu stylu. Myslím si, že působivé pro žáky může být interaktivní program vedený lektorem preventivních programů a zároveň bude doplněn krátkou návštěvou „ex-usera“, který sdělí vlastní zkušenosti a zároveň apeluje na život bez návykových látek. Kalina (2003) tvrdí, že jestliže se žáci setkají s výkladem prevence návykových látek pouze od „ex-usera“, je možné, že působení bude spíše škodlivé než k užitku. Když ale bude „ex-user“ jeden z kamínek mozaiky preventivních aktivit, bude jeho působení užitečné a přínosné.

V další části dotazníkového šetření jsem se zaměřila na hodnocení obsahu posledního preventivního programu. Tato otázka byla konstruována za pomoci metody sémantického diferenciálu, který prostřednictvím protikladných dvojic adjektiv na sedmibodové škále zjišťoval postoj žáků. Pro vyhodnocení sémantického diferenciálu bylo potřebné u každé dvojice protikladných adjektiv vypočítat průměr. Zprůměrovaná data tak ukáží i jemné rozdíly v hodnocení. Sedmibodová škála byla sestavena z hodnot od - 3 do + 3, přičemž hodnota - 3 znázorňovala nejvíce negativní

postoj k danému výroku a naopak hodnota + 3 znamenala nejvíce pozitivní vztah k danému výroku. Výsledek zprůměrovaných dat žáků základních škol dosáhl hodnoty 2,2. Z toho výsledku lze konstatovat pozitivní hodnocení obsahu posledního preventivního programu žáky základních škol, jelikož se hodnota pohybuje v kladných hodnotách, blízko nejvíce pozitivnímu bodu na škále, tedy bodu + 3. Velmi mne zaujala výsledná zprůměrovaná hodnota 2,7 u posuzování užitečnosti obsahu preventivního programu žáky základních škol. Žáci vnímají preventivní program jako velmi užitečný, což je pro mne velmi příjemným zjištěním, ačkoliv zkoumání efektivity primárně preventivních programů nebylo předmětem mého výzkumu. Efektivitou se dle Miovského (2012) rozumí získání důkazu, že preventivní program ovlivnil postoje jedince a prokazatelně se objevily i pozitivní změny v chování. Zahraniční zdroj EMCDDA (2010) se zmiňuje o efektivitě preventivních programů jako problematickém vyhodnocování z důvodů, že děti a mládež ovlivňuje řada faktorů, které je složité rozpoznat a navíc je patrná absence kritérií pro hodnocení efektivity. Kalina (2003) dodává, že je možné efektivitu provádět u participantů preventivních programů před preventivním působením a bezprostředně po preventivním působení.

Výsledek hodnocení obsahu žáky středních škol dosáhl hodnoty 0,7. Tato hodnota sice nezasahuje do záporné části sedmibodové škály hodnocení, ale je výrazně odlišná od výsledku u žáků základních škol. Je patrné, že žáci středních škol tedy poslední preventivní program vnímají negativněji, nežli žáci ze škol základních. Zde bych upozornila na zprůměrovanou výslednou hodnotu – 0,3 u posuzování užitečnosti obsahu preventivního programu. Je patrný přesah do záporných hodnot. To znamená, že žáci středních škol nevnímají preventivní programy tak užitečně, jako žáci ze základních škol. To může být způsobené i tím, že při hodnocení aktuálnosti získaných informací v sémantickém diferenciatu výsledek – 1,7 ukázal, že některé informace, které se během preventivního programu dozvěděli, byly pro žáky středních škol již známé, tudíž pro ně nemohl být preventivní program tolik užitečný. Tyto výsledky tedy ukazují, že žáci základních škol hodnotí obsah preventivního programu pozitivněji oproti žákům ze škol středních. Vždy musí být obsah preventivního programu přesně definován. To dle Miovského (2012) znamená, že se musí brát zřetel na úroveň vědomostí

posluchačů, etnickou příslušnost a postoje k návykovým látkám a rovněž i věkovou skupinu posluchačů. A právě důležitou roli hraje věk, jelikož podle Langmeiera at al. (2006) se totiž v jednotlivých fázích adolescence rychle mění postoje a názory k životu jako takovému.

Pomocí sémantického diferenciálu stejně tak žáci hodnotili osobu, která jim přednášela poslední preventivní program. Lidské působení je určitě jeden z nejdůležitějších faktorů, který ovlivní jedince v jeho názorech, a proto jsem zjišťovala, jak na ně osoba, která přednášela poslední preventivní program, působila. Myslím, že může být provedena sebelepší forma preventivního programu, ale jestliže nebude realizátor dostatečně fundovaný a zajímavý nemůže u posluchačů docílit pozitivních postojů. Výsledek zprůměrovaných dat žáků základních škol dosáhl hodnoty 2,1. Z toho výsledku lze vyvodit pozitivní vztah žáků ze základních škol k přednášejícímu preventivního programu. Za zmínku stojí výsledek 1,3, což byla nejnižší hodnota, která se vyskytla v hodnocení kreativity přednášejícího. Naopak nejvyšší hodnota 2,7, se objevila u hodnocení komunikačních schopností přednášejícího. Komunikační zdatnost pro vedení preventivního programu se podle publikace Miovskeho (2012) automaticky očekává.

Výsledek hodnocení přednášející osoby preventivního programu žáky středních škol dosáhlo hodnoty 1,6. Opět je patrné negativnější hodnocení oproti žákům ze škol základních. Výsledek 0,1 se objevil jako nejnižší hodnota, a to při hodnocení zábavnosti přednášejícího. Tento výsledek koresponduje s Vágnerovou (2005), která poukazuje na nejvíce upřednostňované vlastnosti lidí z pohledu dospívajících. V pozdějším adolescentním věku mládež preferuje zvláště férovost, otevřenost a humor. Troufám si vzhledem k těmto výsledkům konstatovat, že jestliže by preventivní programy byly vedené přímočaře, otevřeně ale zároveň zábavně, staly by se pro žáky středních škol takové programy atraktivnější a tím by došlo k pozitivnějšímu ovlivnění v chování mládeže.

Na závěr výzkumu jsem zjišťovala, zda by podle žáků měly být preventivní programy zaměřené na návykové látky ve školách prováděny. Z výsledků vyplynulo, že i přes některé negativnější hodnocení preventivního programu, je převážná většina

žáků ze základních škol pro provádění preventivních programů (~ 96,9 %) a stejně tak i žáci ze škol středních (~ 87,2 %). Kalina (2003) dodává, že prevence funguje i v oblastech zdravotnictví a rovněž tomu tak je i v oblastech lidského jednání za pomoci fungujících mechanismů prevence. Domnívám se, že prevence zaměřená na návykové látky funguje, ale je důležité celoživotní vzdělání lektorů primární prevence díky stále nově se vyskytujícím forem rizikového chování a měnícím se postojům společnosti.

Díky zvolené kvantitativní strategii zpracování této diplomové práce, byly zvolené dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 „*Participantů ze středních škol více upřednostňují formu interaktivního preventivního programu nežli participantů ze základních škol*“ byla testována pomocí χ^2 – kvadrát testu. Výsledek ukázal dosaženou hladinu významnosti $p < 0,1$ %, což znamená, že dosažená hladina významnosti je menší než 5 %, a tím byl zjištěn statisticky významný vztah mezi upřednostňovanou formou preventivního programu a typem školy, a proto je hypotéza č. 1 potvrzena. Takto zformulovaná hypotéza byla z důvodu vlastních zkušeností, jakožto participanta preventivního programu. V rámci vzdělávání na základní a posléze střední škole jsem měla možnost být účastna různých forem preventivního programu, ale pro mne nejzajímavější byla právě forma interaktivního programu.

Zvolená hypotéza č. 2 „*Participantů ze středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli participantů ze základních škol*“ byla testována pomocí T – Testu. Výsledek ukázal dosaženou hladinu významnosti $p < 0,1$ %, což znamená, že dosažená hladina významnosti je menší než 5 % a rovněž byl tedy zjištěn statisticky významný vztah mezi hodnocením preventivního programu a typem školy a díky tomu je hypotéza č. 2 potvrzena. I tato hypotéza vyplývala z vlastní zkušenosti, jelikož na střední škole jsem se z preventivního programu nedozvěděla nové informace, a proto jsem se přikláněla k negativnějšímu hodnocení.

6 Závěr

Současná společnost apeluje na primární prevenci, která má široké spektrum zaměření do různých oblastí života různých cílových skupin. Obecně se primární prevence prostřednictvím preventivních programů zaměřuje na zabránění vzniku poruch zdraví. V rámci této diplomové práce jsem se zabývala preventivními programy zaměřenými na prevenci užívání návykových látek. Na počátku jsem si kladla otázku, zda tyto preventivní programy vyvolávají u participantů pohnutky atraktivního životního stylu bez návykových látek.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak participanté vnímají preventivní programy zaměřené na užívání návykových látek v Jindřichově Hradci. V teoretické části jsem se soustředila na obecné rozdělení návykových látek a rizika spojená s jejich užíváním, zaměřila jsem se na nejčastější formy rizikového chování mládeže a velkou část pozornosti jsem věnovala primárním preventivním programům zaměřených na užívání návykových látek. Pro výzkumnou část byla zvolena strategie kvantitativního výzkumu s metodou dotazování, prostřednictvím techniky dotazníku. Dotazníky byly určeny pro participanty posledního preventivního programu na základních a středních školách v Jindřichově Hradci. Pro výzkum byly stanoveny dvě výzkumné otázky ve znění: 1. „*Jakou formu preventivních programů zaměřených na návykové látky v Jindřichově Hradci participanté upřednostňují?*“ a 2. „*Jakými pozitivními a negativními aspekty disponují preventivní programy zaměřené na návykové látky v Jindřichově Hradci z pohledu participantů?*“

Díky získaným informacím z dotazníkového šetření mohu v závěru práce konstatovat, že nejvíce žáků základních škol v Jindřichově Hradci dává z forem preventivních programů přednost besedě (~ 27,8 %), kde lektor preventivního programu zjišťuje znalosti a postoje posluchačů, věnuje se určitému tématu a nechá prostor pro vyjádření názoru a odpovídá na jejich dotazy. Jako preferovaného lektora pro výklad preventivního programu označili žáci vyléčeného uživatele návykových látek (~ 48,4 %). Žáci ze škol středních dávají přednost interaktivním programům

(~ 63,3 %), kde je součástí promítnutí filmu či ukázka divadelního představení s tematikou návykových látek a posluchači se aktivně zapojují. Jako lektora preventivního programu preferují stejně jako žáci ze škol základních vyloučeného uživatele návykových látek (~ 64,9 %).

Díky analýze preventivních programů bylo dále zjištěno, že žáci ze základních škol vnímají preventivní programy pozitivněji, než žáci ze škol středních. Žáci zvláště hodnotili pomocí sémantického diferenciálu obsah preventivního programu a osobu, která prováděla poslední preventivní program. Nejvíce pozitivního hodnocení dosáhl aspekt užitečnosti preventivního programu při hodnocení obsahu preventivního programu z pohledu žáků základních škol. Při hodnocení osoby, provádějící poslední preventivní program, žáci základních škol nejpozitivněji hodnotili komunikační dovednosti přednášející osoby.

Další podrobné rozpracování výsledků ukázalo, že žáci středních škol vnímají užitečnost preventivních programů negativněji, než žáci základních škol, což může být způsobeno zastaralými informacemi, které jim byly sděleny. Stejně tak hodnotí negativněji i osobu, provádějící preventivní program oproti žákům ze škol základních. Nejvíce negativním aspektem se ukázala zábavnost lektora preventivního programu.

Vzhledem ke způsobu zpracování diplomové práce byly zvoleny dvě hypotézy: H 1: „*Participant* ze středních škol více upřednostňují formu interaktivního preventivního programu nežli *participant* ze základních škol.“ a H 2: „*Participant* ze středních škol vnímají preventivní programy negativněji nežli *participant* ze základních škol.“ V obou případech na základě výpočtů byl zjištěn statisticky významný vztah mezi proměnnými a tím se obě hypotézy potvrdily.

Závěrem shrnuji, že žáci základních škol mají pozitivní vztah k preventivním programům a považují je za užitečné, i když zkoumání efektivity preventivních programů je složitým procesem a nebylo předmětem mého výzkumu. Pro dosažení větší spokojenosti žáků základních škol by bylo vhodné, aby se organizátoři preventivních programů více soustředili na kreativnost lektora, který bude při výkladu disponovat neobvyklými a užitečnými myšlenkami, řešeními a nápady. Žáci ze středních

škol mají negativnější vztah k preventivním programům. Dávají přednost interaktivním formám preventivních programů. Získali ale informace, které jim byly již známy a přednášející osoba pro ně nebyla dostatečně zábavná. Proto by organizátoři preventivních programů měli apelovat na celoživotní vzdělávání lektorů preventivních programů v souvislosti s nově vzniklými skutečnostmi v oblastech rizikového chování mládeže a měnícím se postojům mládeže k životnímu stylu.

Jsem přesvědčena, že výsledky této práce mohou využít nejen organizace, které preventivní programy provádějí, ale také organizace, které by mohly programy v budoucnu realizovat. Vzhledem k širokému uplatnění sociálních pracovníků, kteří se orientují v metodách sociální prevence, poskytují sociální pomoc, mají potřebné základy v pedagogických znalostech pro působení ve vzdělání, mohou působit v řadě veřejnoprávních institucí a v řadě soukromoprávních institucí, které se zabývají prevencí rizikového chování. A právě díky získaným výsledkům může tato diplomová práce posloužit jako inspirace pro přípravu preventivních akcí zaměřených na rizikové chování nejen pro pedagogické a nepedagogické pracovníky, ale rovněž i pro sociální pracovníky.

7 Seznam informačních zdrojů

BORNÍK, M. *Drogy: Co bychom o nich měli vědět*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-858-2198-2.

COLLIGAN, L. H. *Drug dependence*. NEW YORK: Marshall Cavendish Corporation., 2011. ISBN 978-0-7614-4818-1.

CONTI, N. P. and JOHANSON, P. *The truth about amphetamines and stimulants*. NEW YORK: The Rosen Publishing Group, 2012. ISBN 978-1-4488-5483-7.

EMCDDA. *Manuals: Prevention and evaluation resources kit (PERK). Step 2a: Models and theories*. [online]. 2001 [cit. 2015-05-1]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/step2a/theory>.

FLEISCHMANN, O. *Rodina jako preventivní činitel abúzu drog*. Ústí nad Labem: UJEP, 2001. ISBN 80-7044-364-2.

GOLDBERG, R. *Drugs across the Spectrum*. USA: Wadsworth, 2010. ISBN: 13-978-0-495-55793-7.

HANSON, G. R., VENTURELLI, J. P a FLECKENSTEIN, E. A. *Drugs and society*. USA: Jones & Bartlett Learning, 2012. ISBN 978-1-4496-1369-3.

JANÍK, A. a DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-083-90.

KABÍČEK, P., CSÉMY, L. a kol. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.

KACHLÍK, P. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2003. ISSN 1804-9974.

KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 9788086734057.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. a kol. *Člověk – prostředí – výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.

KUNČAR, P. *Asociace pět P v ČR*. [online]. 2014 [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: <http://www.petp.cz/index.html>.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

MAISTO, S. A., GALIZIO, M. and CONNORS, G. J. *Drug Use and Abuse*. BELMONT: Michele Sordi, 2008. ISBN 978-0-495-09207-0.

MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.

MARHOUNOVÁ, J. a NEŠPOR, K. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MATOUŠEK, O. a MATOUŠKOVÁ, A. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3678-258.

MEDITORIAL. *Stránky o závislosti: substituční léčba.cz*. [online]. 2014 [cit. 2014-08-18]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>.

META. *Sdružení Meta*. [online]. 2015 [cit. 2015-04-9]. Dostupné z: http://www.osmeta.cz/uvod/uvodni_stranka/.

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Republikový výbor pro prevenci kriminality*. [online]. 2014 [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/rvppk-republikovy-vybor-pro-prevenci-kriminality.aspx>.

MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J. a NOVÁK, P a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.

MIOVSKÝ, M., ADÁMKOVÁ, T. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7.

MONTI, M. P., KADDEN, M. R., ROHSENOW, J. D. a kol. *Treating alcohol dependence*. NEW YORK: A Division of Guilford Publications, 2002. ISBN 1-57230-793-5.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, P. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-077-3.

MŠMT. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [online]. 2014 [cit. 2014-12-31]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/programy-ministerstva-skolstvi-mladeze-a-telovychovy-pro>.

NAGLE, J. M. *Marijuana*. NEW YORK: The Rosen Publishing Group, 2008. ISBN 978-1-4042-1374-6.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999. ISBN *není uvedeno*.

NEŠPOR, K. a CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, 1993. ISBN *není uvedeno*.

NEŠPOR, K.. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEVORALOVÁ, M. *Klinika adiktologie*. [online]. 2011 [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovani>.

PARAMPUKATTIL, G. M. *Truancy. A Sociological Study* NEW DELHI: Mittal Publications, 2006. ISBN 81-8324-149-2.

PAULIK, R., RABEDER-FINK, I. a UHL, A. *Suchtprävention in der Schule*. WIEN: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2008.

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-569-8.

PRESL, J. a JANDA, L. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1995, ISBN 80-858-0025-X.

PUNCH, K. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9.

SANANIM. *Škola rodiče náctiletí; prevence rizikového chování*. [online]. 2014 [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/skolni-prevence/drogova-prevence/>.

SOBOTKOVÁ, N. V. a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.

TRIGGLE, J. P. *Nicotine. The Straight Facts*. NEW YORK: Chelsea House Publishers, a subsidiary of haight's Cross Communications, 2003. ISBN 0-7910-7264-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VLÁDA ČR. *Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky*. [online]. 2014 [cit. 2014-09-25]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>.

WEBNODE. *Sociální práce: Děti a mládež s rizikem v chování jako cílová skupina v sociální práci*. [online]. 2008 [cit. 2014-09-15]. Dostupné z: <http://socialni-prace.webnode.cz/zaskolactvi/>.

WILSON, R. and KOLANDER, CH. A. *Drug Abuse Prevention. A school and community partnership*. MISSISSAUGA: Jones and Bartlett Publishers, 2011. ISBN 978-0-7637-7158-4.

Zákon č. 2/1969 Sb., O zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy ČR.

ŽÁKOVÁ, M. *Národní informační centrum pro mládež*. [online]. 2014 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.icm.cz/primarni-prevence-charakteristika>.

8 Přílohy

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 1 – Dotazník

Milý žáku/milá žákyně,

jmenuji se Eva Novotná a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Analýza preventivních programů ve vybraném městě“. Dotazník je zaměřen na hodnocení preventivního programu návykových látek, který jste absolvovali jako poslední. Je zcela anonymní a informace v něm sdělené budou použity výhradně v rámci výzkumu k mé diplomové práci.

Vždy zakroužkujte jednu správnou odpověď. Dle instrukcí u jednotlivých otázek některé odpovědi prosím doplňte.

Děkuji Vám za ochotu a věnovaný čas.

Bc. Eva Novotná

1. Byli jste účastni poslední prevence, která se zaměřovala na téma návykové látky?

- a) Ano
- b) Ne

V případě zvolené odpovědi „ne“, napište z jaké důvodu:

.....

2. Jakou formou byla prevence návykových látek provedena?

- a) Přednáška (*= odborný výklad informačního charakteru, bez aktivního zapojení posluchačů*)
 - b) Beseda (*= lektor rozhovorem zjišťuje znalosti a postoje posluchačů, zaměří se na určité téma, nechá prostor pro vyjádření názorů a odpovídá na dotazy*)
 - c) Interaktivní program (*= kombinace divadelního představení či filmu s tematikou užívání návykových látek, diskuze, aktivní zapojení posluchačů*)
 - d) Edukační program (*= poskytnutí základních informací o užívání návykových látek, jejich důsledcích, nácvik reakce odmítnutí návykové látky*)
 - e) Peer program (*= získání znalostí o návykových látkách, formování protidrogových postojů prostřednictvím vyškolených vrstevníků*)
 - f) Jiné (*prosím popište*)
-

3. Jaká forma preventivního programu by se Vám líbila?

- a) Přednáška (*= odborný výklad informačního charakteru, bez aktivního zapojení posluchačů*)
 - b) Beseda (*= lektor rozhovorem zjišťuje znalosti a postoje posluchačů, zaměří se na určité téma, nechá prostor pro vyjádření názorů a odpovídá na dotazy*)
 - c) Interaktivní program (*= kombinace divadelního představení či filmu s tematikou užívání návykových látek, diskuze, aktivní zapojení posluchačů*)
 - d) Edukační program (*= poskytnutí základních informací o užívání návykových látek, jejich důsledcích, nácvik reakce odmítnutí návykové látky*)
 - e) Peer program (*= získání znalostí o návykových látkách, formování protidrogových postojů prostřednictvím vyškolených vrstevníků*)
 - f) Jiné (*prosím popište*)
-

4. Kým byla tato prevence provedena?

- a) Učitelem z vaší školy
 - b) Lektorem preventivního programu
 - c) Vyléčeným uživatelem návykových látek
 - d) Vyškolenými vrstevníky (tzv. peer programy)
 - e) Nevím
 - f) Jiné (*prosím popište*)
-

5. Kým by podle Vás měl být preventivní program veden?

- a) Učitelem z vaší školy
 - b) Lektorem preventivního programu
 - c) Vyléčeným uživatelem návykových látek
 - d) Vyškolenými vrstevníky (tzv. peer programy)
 - e) Nevím
 - f) Jiné (*prosím popište*)
-

6. Jak hodnotíte obsah preventivního programu?

(Zatrhnete políčko na 7- bodové škále tak, aby co nejpřesněji vystihovalo Váš názor na danou charakteristiku. Čím blíže k okraji škály, tím více se přikláníte k jedné z charakteristik. Středová hodnota vyjadřuje Váš neutrální vztah.)

VÝKLAD BYL:

<i>výrok pozitivní</i>	3	2	1	0	-1	-2	-3	<i>výrok negativní</i>
Zajímavý	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nezajímavý
Zábavný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nudný
Přehledný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nepřehledný
Příjemný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nepříjemný
Jednoduchý	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Složitý
Užitečný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zbytečný
Rozuměl/a jsem tématu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nerozuměl/a jsem tématu
Získané informace byly nové	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Získané informace byly staré

7. Jak na Vás působil přednášející?

(Zatrhnete políčko na 7- bodové škále tak, aby co nejpřesněji vystihovalo Váš názor na danou charakteristiku. Čím blíže k okraji škály, tím více se přikláníte k jedné z charakteristik. Středová hodnota vyjadřuje Váš neutrální vztah.)

PŘEDNÁŠEJÍCÍ BYL:

<i>výrok pozitivní</i>	3	2	1	0	-1	-2	-3	<i>výrok negativní</i>
Sympatický	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nesympatický
Zábavný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nudný
Chytrý	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hloupý
Tvořivý	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nevynalézavý
Upřímný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neupřímný
Ochotný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neochotný
Otevřený	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nepřístupný
Komunikativní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tichý
Zkušený	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nezkušený
Přátelský	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Odtažený

8. Měly by být preventivní programy na školách prováděny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Jakou školu navštěvujete?

- a) Základní školu
- b) Střední školu

10. V jakém ročníku jste? (*Prosím doplňte*)

.....

11. Věk (*Prosím doplňte*)

.....

12. Pohlaví

- a) žena
- b) muž