

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Protidrogová prevence na základních školách

Drug prevention in primary schools

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Jana Mottlová, Ph.D.

Autor:

Natálie Kurková

Praha, 2023

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Janě Mottlové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a vstřícnost, kterou mi v průběhu konzultací a zpracování bakalářské práce věnovala. Děkuji také ředitelům a školním metodikům prevence základních škol, kteří mi umožnili provedení výzkumu na jejich škole.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací „Protidrogová prevence na základních školách“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Kostelní Lhotě dne 4.5.2023

Natálie Kurková

Anotace

Bakalářská práce se zabývá protidrogovou prevencí. Zaměřuje se na definování pojmů drogy a drogové závislosti, dále na primární prevenci, minimální preventivní program a školní poradenské pracoviště. Cílem empirické části je porovnání realizace prevence v adiktologii na dvou základních školách formou polostrukturovaného dotazníku.

Klíčová slova

Abstinenční syndrom, bažení, droga, drogová závislost, minimální preventivní program, primární prevence

Annotation

The bachelor thesis deals with drug prevention. It focuses on defining the concepts of drugs and drug addiction, as well as on primary prevention, a minimum prevention program and school counseling workplaces. The objective of the empirical part is to compare the implementation of prevention in addictionology at two elementary schools in the form of a semi-structured questionnaire.

Keywords

Withdrawal syndrome, craving, drug, drug addiction, minimum prevention program, primary prevention

Obsah

ÚVOD	7
1. DROGA A DROGOVÁ ZÁVISLOST	8
1.1 DĚLENÍ DROG	9
1.1.1 Dělení podle postoje společnosti	9
1.1.2 Dělení podle účinků na lidský organismus	10
1.2 VZNIK ZÁVISLOSTI	11
1.2.1 Biologické faktory.....	11
1.2.2 Psychologické faktory.....	12
1.2.3 Sociální faktory.....	12
1.3 DĚLENÍ ZÁVISLOSTI.....	13
1.3.1 Fyzická závislost	13
1.3.2 Psychická závislost	13
1.4 ABSTINENČNÍ SYNDROM.....	14
1.5 BAŽENÍ.....	14
1.6 Jak mírnit bažení	14
1.7 ZVYŠOVÁNÍ TOLERANCE	15
1.8 FÁZE VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	16
2. PREVENCE.....	18
2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	19
2.1.1 Druhy primární prevence	19
2.1.2 Zásady efektivní primární prevence	21
2.1.3 Činitele zvyšující riziko problémů s drogami	23
2.2 MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM.....	23
2.2.1 Prevence v adiktologii v minimálním preventivním programu.....	26
2.3 ŠKOLNÍ PORADENSKÉ PRACOVISŤE	28
2.3.1 Školní metodik prevence	28
2.3.2 Školní psycholog.....	30
2.3.3 Sociální pedagog	30
2.4. FINANCOVÁNÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE	30
3. EMPIRICKÁ ČÁST	32
3.1. CÍL VÝZKUMU	32
3.2. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	32
3.3. VÝZKUMNÉ METODY.....	32
3.4. FORMULACE HYPOTÉZ.....	33
3.5. ZPŮSOB PROVEDENÍ VÝZKUMU.....	33
3.6. METODA VYHODNOCENÍ DAT	33
3.7. VÝSLEDKY VÝZKUMU	33

3.7.1. První základní škola	33
3.7.2. Druhá základní škola.....	47
3.7.3. Srovnání výsledků základních škol	58
3.8. DISKUSE.....	59
ZÁVĚR.....	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
ODBORNÁ LITERATURA:	62
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

Úvod

Ve své práci se budu věnovat protidrogové prevenci na základních školách. Téma drogové závislosti je mi blízké, z toho důvodu jsem se zajímala o to, jakým způsobem probíhá protidrogová prevence na základních školách, která je podle mého názoru důležitá a mnohdy opomíjená.

Myslím si, že pro správné pochopení tématu drogové závislosti i její prevence je vhodné vysvětlit základní pojmy a principy spojené s drogovou závislostí. I přes to, že hlavním tématem mé práce je prevence drogové závislosti, cítím jako potřebné ve stručnosti popsat dělení drog, faktory vzniku závislosti, abstinenční syndrom, bažení, tolerance a fáze vzniku drogové závislosti, budu se jim tedy věnovat v první kapitole teoretické části. Podle mého názoru jsou tato témata důležitá pro pochopení toho, proč závislost vzniká, jak se vyvíjí a proč není vždy lehké s užíváním návykové látky přestat, a to je samozřejmě důležité i pro správné předcházení problému drogové závislosti.

V druhé kapitole teoretické části se budu již zabývat prevencí, rozdělením primární prevence, jejím zásadám a zmíním naopak i činitele zvyšující riziko problémů s drogami. Dále se budu věnovat minimálnímu preventivnímu programu, blíže potom části prevence v adiktologii, a také činnosti pracovníků školního poradenského pracoviště, konkrétně školního metodika prevence, školního psychologa a sociálního pedagoga. Vycházet budu zejména z návrhů doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy od Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Manuálu pro tvorbu minimálního preventivního programu Pražského centra primární prevence, dále z Národní strategie primární prevence rizikového chování na rok 2017-2019 od Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Empirická část má za cíl porovnat základní znalosti žáků v oblasti drogové závislosti a realizace protidrogové prevence na dvou základních školách ve Středočeském kraji. Jako hlavní metodu zvolím polostrukturovaný dotazník směřovaný žákům druhého stupně základní školy.

1. Droga a drogová závislost

Pro charakterizování drogy existuje mnoho definic. Presl drogu popisuje jako *“každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:*

- 1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku;*
- 2. může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být menší nebo větší, ale přítomen je vždy.”*¹

Podle definice Doležala se drogou označuje *“jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.”*²

Drogová závislost je poté řazena mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy, lze ji léčit a je možné ji předcházet.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje syndrom závislosti jako *“skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil.”*³

Tato definice, spolu s jejím pokračováním, je poněkud komplikovaná, pro lepší porozumění se ji tedy pokusím zjednodušit a popsat vlastními slovy.

Závislost obecně se tedy projevuje změnou chování, myšlení a doprovází ji i řada tělesných příznaků. Diagnóza závislosti se stanovuje, pokud během jednoho roku u jedince došlo ke třem a více z následujících znaků:

- touha, často velmi silná až nepřekonatelná, užívat látku;
- zhoršené sebeovládání při užívání látky; ztráta kontroly nad užíváním a užívanými dávkami;
- tělesný odvykací stav, doprovázený psychickými i fyzickými příznaky;
- navyšující se tolerance na danou látku, projevem je potřeba vyšších dávek;
- zanedbávání a omezování jiných zájmů;

¹ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica. s. 9. ISBN 80-85800-18-7.

² DOLEŽAL, X. J. *Jak se berou drogy*. Praha: Formát, 1998. s. 174. ISBN 80-86155-11-0.

³ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, s. 14. ISBN 978-80-262-1357-4.

- pokračování v užívání i přes zjevné negativní následky na zdraví, které si jedinec uvědomuje.

Zároveň pro závislost platí, že při návratu k užívání dané látky po úseku abstinence má za následek často rychlejší znovuobjevení dalších znaků syndromu závislosti než u jedinců bez závislosti.⁴

Zatímco Mezinárodní klasifikace nemocí jasně definuje závislost látkovou, neméně závažné jsou ovšem i závislosti nelátkové, mezi které patří například závislost na virtuálních drogách (netolismus, tj. závislost na hraní her, internetovém nakupování a sázení apod.), na práci (workoholismus), na sexu (hypersexualita) nebo třeba patologické hráčství (gamblerství), o kterých se nezmiňuje.

Podle Národního zdravotnického informačního portálu se závislostí rozumí *“dlouhodobý trvalý vztah k někomu nebo něčemu, vycházející z pocitu silné touhy nebo potřeby toto uspokojit.”*⁵ Ministerstvo zdravotnictví do syndromu závislosti již zahrnuje látky, jakými jsou drogy, alkohol nebo cigarety, dále pak činnosti, ale dokonce i osoby a věci, na kterých lze též vytvořit závislost.

1.1 Dělení drog

Drogy můžeme rozřadit do několika skupin, a to podle různých kritérií. Ve své práci budu drogy dělit podle postoje společnosti k droze a podle jejich účinků působení na organismus. Dále se drogy mohou dělit podle původu, a to na přírodní a syntetické, podle rizika pro uživatele na tvrdé a měkké a podle rizika závislosti na drogy s mírným a vysokým rizikem.

1.1.1 Dělení podle postoje společnosti

Společnost rozděluje drogy na legální a nelegální podle legislativy dané země. Mezi drogy legální se řadí především tabák, alkohol, různé léky, nátěrové barvy a ředidla. Přesl mezi ně zařazuje třeba i kofein.⁶

⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, s. 14. ISBN 978-80-262-1357-4.

⁵ Národní zdravotnický ústav. *Závislost: co to je?*. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>.

⁶ PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica, s. 9. ISBN 80-85800-18-7.

Přestože jsou tyto látky společností tolerovány, jejich škodlivost není o nic nižší než u nelegálních látek, ovlivňují totiž psychiku člověka a ten se na nich může lehce stát závislým. Ve společnosti jsou ovšem přijatelné a staly se běžně užívanými, a to i díky skvělému marketingu, který tyto látky spojuje se zábavnými společenskými akcemi. U alkoholu a tabákových výrobků je horní hranice pro nákup osmnáct let věku, léky mohou být regulovány předpisem od lékaře, avšak i přes to je u nich velmi vysoká míra lehké dostupnosti. Nelegální drogy nejsou společností tolerovány, populární jsou pouze ve specifických skupinách lidí. Mezi takové látky patří například marihuana, heroin, pervitin, kokain, extáze a spousta dalších. U nelegálních drog je v České republice protiprávním jednáním jejich nedovolená výroba, pěstování, distribuce i držení, a to včetně jejich držení pro vlastní potřebu a výroby a držení předmětů k výrobě ilegálních látek či svádění k toxikománii, neboli opakovanému užití drogy.⁷ Užívání legálních ani nelegálních drog již ale není zákonem nijak upraveno, může je tedy užívat beztrestně kdokoliv. Pokud by docházelo k užívání drog u dítěte mladšího osmnácti let, je na místě řešení s jeho zákonnými zástupci, případně s orgány sociálně-právní ochrany dětí. Podle mého názoru je správné, že české právní předpisy neupravují užívání drog, myslím si totiž, že drogová závislost, která je uznána jako nemoc, by se měla léčit a nikoliv trestat, uživatelé drog bývá často trestem například špatné zdraví či velké dluhy. U člověka závislého na drogách je žádoucí, aby si dokázal sám říci o pomoc, a toho by společnost nedosáhla, pokud by jeho závislost navíc trestala.

1.1.2 Dělení podle účinků na lidský organismus

Podle účinků drogy lze dělit na tlumivé, stimulační a halucinogenní. Tlumivé látky zpomalují duševní i fyzickou aktivitu. V závislosti na požití dávce, mohou dokonce omezit činnost mozkových center řídících základní životní funkce a vést ke smrti, ostatně jako každá droga, velmi vysoká dávka může zapříčinit i hluboké bezvědomí. Do této skupiny patří rozpouštědla, včetně alkoholu, různá psychofarmaka a opioidy. Stimulační látky naopak duševní i fyzickou aktivitu zvyšují, urychlují myšlenkové tempo a přebíjí únavu. V důsledku zvýšeného energetického výdeje se po vysazení psychoaktivní látky dostaví stav velké únavy. Po užití drogy má jedinec pocit velké síly a energie, jeho výkonnost stoupá, působí neklidně a bývá velmi hovorný. Dlouhodobé užívání může vést ke vzniku toxické psychózy,

⁷ Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, §283-286.

duševní poruchy svými projevy podobné schizofrenii. Mezi stimulační drogy se řadí například kokain, pervitin, amfetamin a extáze. Poslední skupinou jsou halucinogenní látky, ty vyvolávají výraznou změnu vnímání reality. Po jejich požití se mohou objevit jak příjemné, tak i nepříjemné pocity, často spjaté s pocitem ohrožení života, objevují se též halucinace, které mohou být zrakové, sluchové, tělové a další. Při intoxikaci může dojít až k nevratným změnám, kdy se stav po vystřízlivění nemusí vrátit zpět k normě.⁸

1.2 Vznik závislosti

Závislost vzniká zpravidla na základě řady jednotlivých faktorů, které se navzájem doplňují a integrují. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální.

1.2.1 Biologické faktory

Již v minulém století byly prokázány jisté genetické predispozice k závislosti. Od roku 1989 probíhá výzkum na jedincích závislých na alkoholu a na jejich rodinách, při kterém se výzkumníci snaží najít geny, které zvyšují nebo snižují riziko alkoholismu, ovlivňují průběh nemoci a její léčbu. Bylo objeveno několik genů, které mají vliv na vznik závislosti, největší vliv mají geny podílející se na metabolismu, na chemickém zpracování alkoholu v těle, další rizikové geny zvyšují tendenci člověka riskovat a jednat impulzivně, být úzkostný nebo depresivní. Celkově nás však ovlivňují tisíce genů, přičemž většina z nich k riziku vzniku závislosti přispívá jen velmi málo.⁹

Pokud to tedy ještě více zjednoduším, není možné, aby člověk získal geny, které ho předurčí ke vzniku závislosti, nebo ho naopak před závislostí ochrání, může však získat takové genetické předpoklady pro vlastnosti, které riziko vzniku závislosti navyšují. Jak už ale bylo řečeno, genetika není jediný důvod vzniku závislosti, pro ni je zapotřebí souhry více faktorů. Velmi důležitým faktorem je i výchova a vliv prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje.

Některé studie též potvrzují odlišnou predispozici k různým typům závislosti u žen a mužů. Ženy podle nich bývají obecně citlivější, co se týče drog a závislost se u nich vyvíjí rychleji, zároveň se u nich citlivost mění v průběhu menstruačního cyklu. Ženy také zároveň často reagují rychleji na léčbu. Podle výzkumů také dochází k relapsu, opětovnému krátkodobému

⁸ MINAŘÍK, Jakub. Drogová poradna. *O drogách obecně. Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky*. [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.

⁹ Collaborative Studies on the Genetics of Alcoholism (COGA). *How do genes influence the risk for alcohol problems?*. [online]. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://cogastudy.org/aud/genes-in-aud/>.

užívání drogy, u mužů v odlišných situacích, než jak je tomu u žen. U mužů léčených se závislostí na kokainu dochází k relapsu spíše po prožití pozitivních emocí, zatímco u žen je tomu naopak.¹⁰

1.2.2 Psychologické faktory

Zejména od roku 1934, kdy byla drogová závislost označena jako duševní porucha, se začaly zkoumat i psychologické faktory závislosti. Z výzkumů vyplývá, že lidé užívají drogy, a stávají se na nich závislími, hlavně díky jejich účinkům na psychiku. Zdánlivě jim totiž pomáhají řešit nepříjemné pocity, jakými jsou například pocity spojené s nízkou sebeúctou, méněcenností, sociální úzkostí, pocity selhání, viny, bolesti, a pocity spojené s fyzickou nemocí či duševní poruchou. Dále člověku zintenzivňují smyslové zážitky, nabízí mu něco, po čem touží, například odvahu, slast, pomáhají mu se lépe uvolnit a cítit se lépe v určité společnosti lidí.¹¹

1.2.3 Sociální faktory

Jak jsem již zmínila, roli na drogové závislosti hraje i prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Největší roli v ní má rodinné prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a pohybuje se až do dospělosti. Jedním z nesporných faktorů pro rozvoj závislosti je právě závislost některého člena rodiny, nejčastěji rodiče, a to s úměrností závislosti na funkčnosti rodiny. Není to jen závislost, která může být ovlivňujícím faktorem, vliv na vznik závislosti může mít například i nedostatečná pozornost rodičů směrem k dítěti, stává se tak častěji v rodinách s velkým počtem dětí nebo při absenci jednoho z rodičů. Za zmínku stojí i nedostatečně vymezené generační role. To, abych lépe vysvětlila, znamená, že v rodině nejsou pravidla toho, kdo má co dělat nebo co je jeho starostí a povinností. V praxi by to mohlo vypadat tak, že děti jsou zodpovědné za pocity svých rodičů, mohou jim být prostředníky při řešení konfliktů, či tak, že starší děti hrají roli rodiče pro své mladší sourozence a zastávají chod domácnosti. Takové děti vyrůstají v nejistotě, omezené svobodě, nebo s přílišnou odpovědností. Tyto pocity mohou také ovlivnit zneužívání drog. Drogová závislost může

¹⁰ FIŠEROVÁ, Magdaléna. Neurobiologie závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 96-100. ISBN 80-86734-05-6.

¹¹ FROUZOVÁ, Magdalena. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 124-128. ISBN 80-86734-05-6.

vzniknout také v reakci na prožití traumatického zážitku, jakým může být sexuální zneužívání, incest, násilné chování, týrání a zanedbávání a jiné.¹²

V neposlední řadě může jedinec užívat drogu na popud svých přátel a okolí, z chtění zavděčení se a zapadnutí do společnosti lidí, kteří drogu též užívají. I takto rekreační užívání drogy může přejít v závislost.

1.3 Dělení závislosti

U závislostí se rozlišuje závislost fyzická (tělesná) a psychická (duševní). Každá droga nemusí zapříčinit oba typy závislosti.

1.3.1 Fyzická závislost

Fyzická závislost vzniká přizpůsobením se organismu na užívání drogy, v podstatě se stane její součástí, kterou pokud v sobě nemá, dochází k abstinenčnímu syndromu. U každého se abstinenční příznaky mohou mírně lišit, v závislosti také na užití látky. Projevují se nejen na fyzické stránce člověka, ale i na duševní. Z tělesných příznaků jde nejčastěji o bolesti hlavy, kloubů, svalů, průjmy, nevolnost, zvracení, někdy i křeče. Z příznaků duševních jde o celkový neklid, úzkosti, podrážděnost, útlum, depresivní nálady, poruchy spánku.¹³

1.3.2 Psychická závislost

Na rozdíl od závislosti fyzické, psychická se projevuje pouze na duševním stavu člověka, a to nutkavou touhou opětovného užití drogy. Podle Gohlerta se z ní nelze vyléčit, přetrvává tak v člověku po zbytek života. Vzniká na základě změn hladiny dopaminu v mozku. Touha po droze může být až nepotlačitelná, daný jedinec poté zaměří veškeré své jednání snaze drogu získat, přičemž ostatní činnosti, jakými je například škola nebo práce, rodinný život, ze svého života může naprosto vyloučit.¹⁴

¹² HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 140-143. ISBN 80-86734-05-6.

¹³ Národní zdravotnický ústav. *Abstinenční syndrom*. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2199>.

¹⁴ GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

1.4 Abstinenční syndrom

Pro pochopení, proč člověk s drogou nepřestane v době, kdy na něj má negativní účinky, nebo proč se po období abstinence znovu rozhodne drogu užít, je myslím si důležité zmínit i abstinenční syndrom a vysvětlit pojem bažení, i když jsem na toto téma již narazila v předchozí kapitole o fyzické a psychické závislosti.

Od střízlivosti na drogách člověka může držet řada znaků abstinenčního syndromu, ten se v případě závislosti objevuje po náhlém vysazení či snížení dávky drogy. Výše zmíněné příznaky fyzické závislosti člověka nutí k užití další dávky drogy ve snaze ulevit si od nepříjemných pocitů a bolesti. U malého procenta lidí je abstinenční syndrom i život ohrožující, a to stavem zvaným delirium, poruchou vědomí, která vyžaduje včasnou léčbu. Neléčené delirium má podle Pecinové mortalitu až třicet pět procent, za to včas rozpoznané a léčené delirium nemá mortalitu vyšší než pět procent.¹⁵

1.5 Bažení

Bažení neboli craving Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) chápe jako *“silnou touhu nebo pocit puzení užívat látku.”*¹⁶ Nejedná se pouze o touhu po droze, může se jednat například i o příjemné vzpomínky spojené s jejím užíváním. Bývá vyvoláno specifickými podněty nebo situacemi, ty se nazývají spouštěče. V průběhu bažení jsou oslabeny kognitivní funkce, to zvyšuje riziko podlehnutí bažení. Pokud jedinec bažení neovládne, může to vést nejen k relapsu, opětovnému užití drogy v období abstinence, ale až k recidivě, to znamená k návratu k užívání drog i přes vyléčení závislosti. Rozlišuje se bažení fyzické, které nastává při odeznívání účinku drogy, a psychické, které se může objevit i po delší době abstinence.

1.6 Jak mírnit bažení

Pro předcházení recidivy je velmi důležité si pocity bažení uvědomovat a ustát je. Existuje proto několik nefarmakologických postupů pro mírnění bažení, o kterých si myslím, že jsou důležité, a proto bych je tu ráda zmínila a některé z nich blíže popsala.

- Pomoc druhých:

¹⁵ PECINOVÁ, Olga. *Delirium u závislosti na návykových látkách*. In: *Neurologie pro praxi* [online]. 2011 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/06.pdf>

¹⁶ NEŠPOR, Karel. *Craving (bažení) u návykových nemocí - jeho význam a léčba*. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/08.pdf>

Vysoce účinným postupem pro zvládání bažení je využívání pomoci druhých, může se jednat o odborníky, rodinu, svépomocnou skupinu atd., a to i formou telefonického rozhovoru či dopisování, v podstatě jakýkoliv kontakt může být v případě hrozby relapsu žádoucí a prospěšný.

- Využití motivace:

K udržení střízlivosti lze využít motivaci negativní i pozitivní. Negativní motivace bývá v případě akutního bažení účinnější a zahrnuje uvědomění si rizik návykového chování, vzpomínky na negativní události spojené s drogou apod. Pozitivní motivace zahrnuje například pozitiva abstinence, plány do budoucnosti, taková motivace je vhodná k udržení abstinence z dlouhodobého hlediska.

- Úprava životního stylu:

Zejména dostatek odpočinku je pro schopnost sebeovládání důležitý. Také je vhodné vyhýbat se rizikovému prostředí.

- Sport:

Tělesná aktivita obecně mírní deprese, úzkosti i bažení. Může se jednat například o běh, cvičení, ale i o chůzi nebo o jiné méně náročné fyzické cvičení.

- Zlepšení sebeuvědomění:

Sebeuvědomění zahrnuje rozpoznávání rizik a spouštěčů, usnadňuje zvládání velkých emocí.

- Přiznání si závislosti

- Využívání prostředí, vyhýbání se spouštěčům

- Relaxační cvičení

- Odvedení pozornosti ¹⁷

1.7 Zvyšování tolerance

Při opakovaném užívání drogy se snižují její účinky na organismus, který si takto na látku zvyká. K dosažení stejného účinku je tedy za potřeby vyšší dávka dané drogy. Potřeba

¹⁷ NEŠPOR, Karel. *Craving (bažení) u návykových nemocí - jeho význam a léčba*. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/08.pdf>

vyšších dávek drog je také jedním ze znaků závislosti. „*Tělesná závislost je bludný kruh: biochemické hospodářství se nastavilo na drogu a aby měla stejný účinek, požaduje ji stále více,*”¹⁸ tvrdí Göhlert.

1.8 Fáze vzniku drogové závislosti

Vznik drogové závislosti je možné rozdělit do několika fází, ty mohou být různého trvání a jednotlivé znaky se u nich mohou lišit v závislosti na jedinci, není ani podmínkou, že na sebe fáze budou navazovat v tomto pořadí, je také možné, že se vývoj závislosti na jedné z fází zastaví. Pokud se užívání drog podchytí v raném stádiu, je závislost mnohem jednodušeji zvladatelná a léčitelná, zároveň vzniká méně trvalých poškození. Vágnerová drogovou závislost dělí na tyto čtyři fáze:

- Fáze experimentální:

V první fázi se objevuje minimum negativních důsledků drogy, člověk se může naopak cítit uvolněně, šťastně a sebejistě. Důvodem, proč jedinec drogu užívá, je často zvědavost a nuda, nebo snaha uniknout problémům v osobním životě či od problémů spojených se školním neúspěchem. Ve fázi experimentální jedinec drogu neužívá pravidelně a neovlivňuje to jeho běžný život, experimentování s drogou často skrývá. V této fázi je nejjednodušší s užíváním drogy přestat, jelikož se v této fázi neobjevuje fyzická závislost, zároveň ale jedinec touhu přestat nepocítuje, a to zejména kvůli pozitivním účinkům drogy, někteří lidé však drogu vyzkouší jednou či vícekrát, ale v užívání dále nepokračují.

- Fáze pravidelného užívání:

Jak již název napovídá, v této fázi jedinec užívá drogu pravidelně, častěji a ve větších dávkách. Velmi častá je iluze, že má člověk užívání drog pod kontrolou a může s ním kdykoliv bude chtít přestat, jedná se tak o typický znak počínající závislosti. Jedinec se také častěji obklopuje lidmi se závislostí, narůstají u něj problémy doma, ve škole či v zaměstnání.

- Fáze návykového chování:

¹⁸ GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

V předposlední fázi jedinec často přestává s užívání drogy tajit, záleží mu pouze na tom, co je s drogou spojeno. O svůj dřívější osobní ani profesní život nejeví zájem.

- Fáze terminální:

V této poslední fázi u člověka dochází k narušení psychického i tělesného zdraví. Jeho starostí je pouze získání drogy, často se kvůli své potřebě získat ji dostává za hranice zákona. Terminální fáze může skončit i velmi fatálně, selháním organismu či smrtí předávkováním.¹⁹

¹⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, s. 512. ISBN 9788026206965.

2. Prevence

Pod pojmem prevence se rozumí soubor opatření, která mají za cíl zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování. Dělí se na prevenci primární, sekundární a terciární. U primární prevence je podstatou předcházení vzniku rizikového chování u jedinců, u kterých se toto chování dosud nevyskytlo. Dle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy je primární prevencí výchova ke zdravému životnímu stylu a nauka takových dovedností, které člověku napomůžou k lepšímu zvládnání zátěžových situací a lepší sociální obratnost.²⁰

Cílem primární prevence je nejen zabránění užívání drog, ale třeba i odložení první zkušenosti s drogami na co nejpozdější věk. Dále se primární prevenci budu věnovat v následujících kapitolách, kde popíši i její rozdělení. Efektivita primární prevence nezávisí pouze na kvalitě samotného preventivního programu, ale i na konzumentovi v závislosti na jeho věku, pohlaví, etnické příslušnosti, kultuře nebo na sociálním prostředí. Měla by být také zaměřena na všechny formy rizikového chování, kam spadá užívání legálních i nelegálních drog a zneužívání volně dostupných látek, například léků.²¹

Sekundární prevence by měla předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou jím ohroženy, to znamená, že se s drogou třeba již setkaly a staly se na ni závislými. Účinnost prevence spočívá ve včasném rozpoznání rizika a v jeho včasném podchycení či zabránění tomu, aby jedinec s rizikovým chováním pokračoval nebo aby se stupňovalo. V rámci sekundární prevence drogové závislosti se nejčastěji jedná o uživatele drog, který může vyžadovat pomoc ke střízlivosti a jejímu udržení. S tím mohou pomoci intervenční centra, pedagogicko-psychologické poradny pro děti a mládež, poradny pro rodinu, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nebo i telefonické linky pomoci či skupina Anonymní narkomani. Méně často se jedinci pomáhá se závislostí formou substituční léčby, ta je taktéž součástí sekundární prevence, její podstatou je záměna užívané drogy za méně

²⁰ *Co je prevence* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 16.1.2019 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>.

²¹ LEJČKOVÁ, Pavla. Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4614/872/Zaostreno_2006-01_primarni%20prevence_v02.pdf.

rizikovou látku, nejčastěji je to metadon a buprenorfin a jejich užívání vždy probíhá pod lékařským dohledem.²²

Cílem terciární prevence je zmírnění důsledků daného rizikového chování. U závislostí se jedná například o tzv. program Harm Reduction, který by se velmi volně dal přeložit jako snižování poškození. V rámci tohoto programu se například vyměňují použité injekční stříkačky k nitrožilnímu podávání drog za nové, zamezuje se tím opakovanému používání jehel a jejich vzájemnému půjčování, tím se snižuje riziko přenosu žloutenky či viru HIV.²³

Program se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu závislého člověka, jeho primárním cílem není zbavit se závislosti. *“Model Harm Reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí, léčbu před kriminalizací závislých. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem,”* říká o programu Hrdina.²⁴ Dále se pak jedná o resocializaci u jedinců, kteří prošli léčbou a abstinují či jsou zapojeni do substituční léčby.

2.1 Primární prevence

Protože se tato práce zabývá zejména prevencí na základních školách, chtěla bych se v této kapitole blíže věnovat prevenci primární.

2.1.1 Druhy primární prevence

Primární prevenci je možné dělit na nespecifickou a specifickou prevenci, specifická se dále člení do dalších tří kategorií.

Primární prevence nespecifická rozvíjí zdravý životní styl, nezaměřuje se na prevenci konkrétního rizikového chování, ale působí obecně, nespecificky, snaží se snižovat riziko jeho vzniku například kvalitně strávenými volnočasovými aktivitami. Jedná se také především o předávání hodnot a působení vzorem. Právě i proto, že je obecná, má možnost

²² KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 20. ISBN 978-80-247-1411-0.

²³ Tamtéž, s. 22-23.

²⁴ HRDINA, Petr. Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 263-267. ISBN 80-86734-05-6.

působit na všechny skupiny lidí, na každého však může mít jiný efekt.²⁵ Jsou pro ni důležité postoje primárních pečovatелů, rodičů a pedagogů, ale také známých osobností, politiků i veřejnosti.

Specifická primární prevence již obsahuje aktivity a programy, které se zaměřují na určité formy rizikového chování u cílové skupiny, u které se vyskytuje dané rizikové chování. Programy jsou ohraničeny časem a prostorem. Specifická primární prevence by neexistovala, na rozdíl od té nespecifické, kdyby se neobjevovalo rizikové chování. Dále se dělí do tří podskupin, a to na všeobecnou, selektivní a indikovanou, podle intenzity a cílové skupiny. Platí, že čím intenzivnější program je, tím více se využívá speciálně pedagogických, psychologických a psychoterapeutických technik, znamená to tedy vyšší požadavky na vzdělání vedoucího pracovníka. Náročnější programy tedy může realizovat pouze pracovník s psychologickým a poradenským vzděláním.

Všeobecná primární prevence se zaměřuje na běžnou populaci, na všechny žáky bez dělení na rizikové a nerizikové skupiny. Většinou je prováděna ve větším počtu dětí, kdy je společným znakem například věk či jiná daná specifika, například sociální faktory, ve většině případů jde o školní třídu. Cílem tohoto typu prevence je například zamezit či oddálit užívání návykových látek. Pro realizaci programu je dostačující vzdělání školního metodika prevence, který se řídí zpracovanou metodikou.

Selektivní primární prevence je zaměřena na děti, u kterých se objevuje zvýšený počet rizikových faktorů pro vznik a vývoj rizikového chování, zvýšené riziko se posuzuje na základě biologických, sociálních, psychologických nebo environmentálních rizikových faktorů, dále podle věku, pohlaví, rodinné historie, místa bydliště či sociálního znevýhodnění, jednat se může o děti alkoholiků, děti se zhoršeným prospěchem apod. Prevence je prováděna v malých skupinách či jednotlivě.

Posledním typem specifické primární prevence je prevence indikovaná, ta se zaměřuje na jedince s vysokou mírou rizikových faktorů nebo na ty, u kterých se rizikové chování již objevilo, například ty, které se s drogou mohli setkat, zároveň ale nesplňují znaky závislosti. Cílem je včasné odhalení počínajícího či zatím nerozvinutého problému a volba správné

²⁵ LEJČKOVÁ, Pavla. Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4614/872/Zaostreno_2006-01_primarni%20prevence_v02.pdf.

formy intervence, mezi cíle nepatří pouze oddálení užívání drog, ale také snížení frekvence a dávek užívaných drog, zároveň i zmírnění následků užívání. K realizování prevence je potřebné speciální pedagogické, psychologické, adiktologické vzdělání pro práci preventisty.²⁶

2.1.2 Zásady efektivní primární prevence

Preventivní programy by se měly řídit podle následujících zásad efektivní prevence, aby byly výsledné. Také, jak už bylo řečeno, nepůsobí na všechny stejně. Zároveň platí, že všeobecná prevence většinou nebude mít kýžený výsledek na nejrizikovější žáky, ti vyžadují individuální formy pomoci. Efektivní preventivní program by měl:

- začínat brzy a odpovídat věku žáků. Obecně platí, že čím je věk žáka nižší, tím méně by prevence měla být specifická a více orientovaná na obecnou ochranu zdraví. Naopak u čím starších žáků je prováděna, tím více by měla být zaměřena na jednotlivé návykové látky a tím aktivnější by měla být a vybízet tím žáky k diskuzi. U návykových látek by měla prevence začít již v nízkém věku, kdy se s drogou nesetkávají a měla by toto setkání oddálit. Pokud by protidrogová prevence začínala u starších žáků, mohla by mít opačný efekt a potřebu vyzkoušet drogu by mohla zvyšovat;
- být malý a interaktivní. Programy, které jsou realizované v menším počtu žáků jsou v porovnání s těmi pro velký počet účinnější. Zároveň platí, že by měl být interaktivní a měl by zapojovat žáky a vybízet je k diskuzi. Nejefektivnější jsou preventivní programy vedené proškolenými vrstevníky z peer programu;
- být realizován pro celé třídy, nikoliv jen pro některé žáky;
- zahrnovat získávání dovedností potřebných pro život. Neměl by chybět nácvik sociálních dovedností jako například odmítání návykových látek, schopnosti čelit tlaku okolí, asertivity, komunikačních dovedností, schopnosti vytvářet přátelské vztahy, zvyšování sebevědomí, vnímání následků, zvládání stresu a úzkosti;
- odpovídat místním specifikům a měl by se přizpůsobovat rizikovému chování žáků;

²⁶ *Rozdělení primární prevence* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 16.1.2019 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/rozdeleni-primarni-prevence>.

- využívat pozitivní modely, například již zmíněné peer pracovníky, kteří žijí zdravě. Důležité je také, aby se s modely uměli žáci ztotožnit. Neměli by proto být nutně vybíráni například mimořádní žáci z peer programu, ale mělo by být větší množství kvalitně vyškolených žáků. Zároveň není dobré stavět preventivní program na jednotlivci, který v případě selhání může dávat negativní model;
- zahrnovat nelegální i legální návykové látky. Prvním důvodem, proč by se měl zaměřovat i na legální látky je, že jejich užívání zvyšuje šanci přechodu k drogám nelegálním, často se také užívají zároveň. Zároveň představují problém samy o sobě, který s sebou nese několik rizik, mimo závislost i např. otravy alkoholem, dopravní nehody, násilné trestné činnosti. V neposlední řadě se mechanismy uplatňující při vzniku závislosti na alkoholu mnoho neliší oproti závislosti na nelegálních drogách. Prevence legálních drog může být tedy užitečná i při prevenci drog nelegálních, nikoliv však naopak;
- být soustavný a dlouhodobý, jednorázové semináře nepřinášejí pozitivní efekt. Účinnost prevence je nejvyšší, na základě zkušeností, pokud začne dva až tři roky před setkáním žáka s návykovou látkou a pokud pokračuje několik let v dotaci 15 hodin v sedmém ročníku, 10 hodin v osmém ročníku a 5 v ročníku devátém;
- být komplexní a využívat více strategií. Nejlepší výsledky program získává, zahrnuje-li práci ve třídě, spolupráci s rodiči a zároveň výcvik učitelů;
- být veden kvalifikovanými pedagogy a dalšími pracovníky;
- počítat s komplikacemi a zahrnovat i prvky selektivní a indikované prevence, například informace o tom, kde hledat pomoc či jak zvládat nepříjemné stavy spojené s užitím drogy. Jedním z důvodů je, že i nerizikový žák se ve svém dospívání může dostat do rizikové skupiny vlivem několika faktorů, zároveň právě vrstevníci bývají zdrojem informací ohledně problému s drogami, proto je vhodné, aby uměli poskytnout relevantní informace.²⁷

Podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy by programy primární prevence též měly denormalizovat užívání návykových látek. Jejich užívání by tedy nemělo patřit ani do

²⁷ NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999, s. 8-11.

neutrální zóny společnosti. Zároveň by prevence měla začínat ideálně již v předškolním věku.²⁸

2.1.3 Činitele zvyšující riziko problémů s drogami

Existují činitele týkající se školy, které riziko problémů s drogami u dětí zvyšují či snižují. Mezi ochranné činitele patří víceméně body efektivní primární prevence, o kterých jsem psala v předešlých kapitolách, jako například dlouhodobý a systematický preventivní program, využívání peer programů, výchova ke zdraví, ale i prosazování přiměřených pravidel týkajících se drog, zdravý a pozitivní vztah mezi žáky a pedagogy. Podle Nešpora mezi rizikové činitele patří:

- jednorázové preventivní přednášky, absence systematické prevence;
- nepropojenost školy a rodičů, pokud škola nekomunikuje a nespolupracuje s rodiči;
- nedostatečná komunikace a spolupráce s organizacemi a institucemi zaměřující se na prevenci rizikového chování;
- prosazování iracionálních a nepřiměřených pravidel nebo absence pravidel týkajících se zákazu návykových látek ve škole;
- dostupnost alkoholu a drog ve škole a jejím okolí;
- nepřátelští či lhostejní učitelé, kteří nespolupracují s žáky, zaměřují se na jejich nedostatky, zastávají negativní postoje;
- nepřátelské školní prostředí, šikana, ponižování selhávajících žáků;
- neexistující kvalitní mimoškolní aktivity, absence zájmových kroužků.²⁹

2.2 Minimální preventivní program

Primární prevence u nás v České republice spadá pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Základní školy mají povinnost individuálně si vytvářet vlastní preventivní program, a to vždy na každý školní rok. Jeho zpracovávání a kontrolu realizaci má na starost

²⁸ Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha, 2005, s. 11.

²⁹ NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997, s. 7.

školní metodik prevence, Česká školní inspekce dále pak tento program kontroluje a vyhodnocuje jeho účinnost v rámci výroční zprávy o činnosti školy.³⁰

V tomto dokumentu si škola nastavuje dlouhodobé a krátkodobé cíle, které se zaměřují na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na osobnostní rozvoj, výchovu ke zdraví, zdravou výživu a pohybové aktivity a na rozvoj sociálně komunikativních dovedností. Jeho cílem je oddalovat, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování. Program by měl zahrnovat nespécifické i specifické části zaměřené na konkrétní formy rizikového chování. Zároveň se musí řídit školním řádem a respektovat rámcový vzdělávací program. Pozornost by měla být též věnována individuální aktivitě žáků, pestrosti forem práce, důležité je zapojit do programu celý pedagogický sbor a v neposlední řadě dbát na spolupráci s rodinami žáků.

Odpovědnost za tento program náleží řediteli školy, zpracovávání a kontrolu realizace má na starost školní metodik prevence, ten jej zpracovává podle individuálních potřeb a možností školy. Jednotliví pedagogové dále pak tento program začleňují do své výuky v souladu se školním vzdělávacím programem. Monitoring rizikového chování připadá na třídní učitele, na jeho základě plánují a realizují preventivní programy, například i s dalšími organizacemi poskytující preventivní programy. Na celý tento program dohlíží Česká školní inspekce, která vyhodnocuje jeho účinnost v rámci výroční zprávy o činnosti školy. Školy dále mají možnost konzultace a pomoci pedagogicko-psychologické poradny daného kraje.

Podle návrhu doporučené struktury minimálního preventivního programu z roku 2012 by se obsah programu měl zahrnovat nejméně tři body, a to pravidla pro zvýšení bezpečnosti dětí ve škole a na školních akcích, programy posilující rozvoj dovedností pro život, které zahrnují programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností a sebeřízení, a programy cílené na jednotlivé formy rizikového chování.³¹

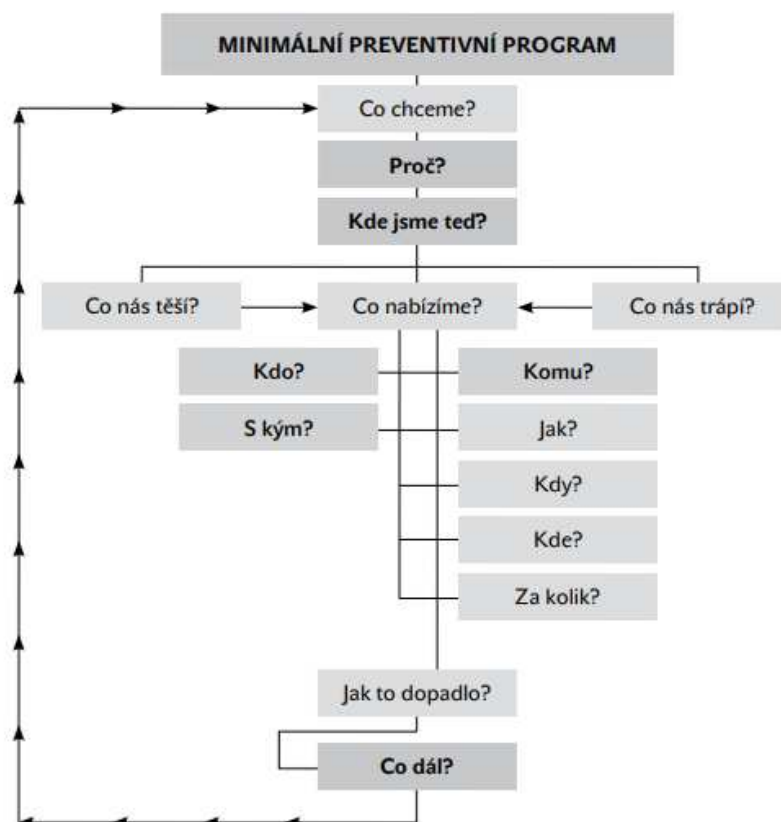
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vydalo manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu a první lékařská fakulta vydala návrh jeho doporučené struktury, z

³⁰ LEJČKOVÁ, Pavla. Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4614/872/Zaostreno_2006-01_primarni%20prevence_v02.pdf.

³¹ MIOVSKÝ, Michal a kol. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, s. 13-25. ISBN 978-80-87258-74-3.

těchto publikací mohou základní školy čerpat při vytváření preventivních programů.³² Při tvorbě minimálního preventivního programu je doporučeno postupovat z individuálních specifík školy, následující schéma zachycuje postup tvorby minimálního preventivního programu a otázky, na které si škola musí být schopna odpovědět v jednotlivých fázích tvorby programu.

Schéma tvorby minimálního preventivního programu.



Zdroj: Miovský, *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy* (2012).

Ze schématu vyplývá, že v první fázi je potřeba stanovit si cíle pro příslušný školní rok a tyto cíle si zdůvodnit. Dále by metodik prevence, který program vytváří, měl zhodnotit předchozí období a reagovat na jeho hodnocení. V programu by mělo být patrné, kdo prevenci bude vykonávat, to znamená například školní metodik prevence, výchovný poradce, třídní učitelé a jednotliví učitelé ve výuce, a s kým bude škola spolupracovat, s jakými organizacemi zabývajícími se primární prevencí či volnočasovými aktivitami a zda bude využívat práce školních psychologů. Dále by se měly popsat konkrétní skupiny pro jednotlivé preventivní programy a podle nich techniky a metody práce. Důležité je zmínit

³² Pražské centrum primární prevence. *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu*. Praha, 2010.

časový harmonogram programů a akcí, zda budou realizovány ve škole či v mimoškolním prostředí a finanční rozpočet, který na preventivní program škola má, případně z jakých dotací bude čerpat. V závěrečné zprávě a hodnocení minimálního preventivního programu nesmí chybět průběžné vyhodnocení jednotlivých akcí a činností a stanovení cílů pro další období. Jednotlivé otázky jsou podrobněji popsány v Návrhu doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy.³³

V tomto dokumentu jsou taktéž uvedeny konkrétní témata, která by měl preventivní program obsahovat a zároveň doporučuje rozdělení celkem 56 hodin prevence mezi témata v daných ročnících základní školy, a to s ohledem na rámcový vzdělávací program a věk dětí. Mezi témata, o kterých by se měl program zmiňovat, patří:

- záškoláctví;
- šikana, agrese;
- rizikové sporty, doprava;
- rasismus, xenofobie;
- sekty;
- sexuální rizikové chování;
- adiktologie;
- týrání, zneužívání;
- poruchy příjmu potravy.³⁴

2.2.1 Prevence v adiktologii v minimálním preventivním programu

Ráda bych se blíže věnovala prevenci v adiktologii v rámci minimálního preventivního programu. Programy specifické primární prevence užívání návykových látek musí splňovat tři kritéria, a to *“přímý a explicitně vyjádřený vztah k oblasti užívání a uživatelů návykových látek a tématům s tím spojeným, jasnou časovou a prostorovou ohraničenost realizace a zacílení na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím související zdůvodnění*

³³ MIOVSKÝ, Michal a kol. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, s. 19-21. ISBN 978-80-87258-74-3.

³⁴ Tamtéž, s. 49.

matchingu (tj. přiřazování určité skupiny či jednotlivce k danému typu programu odpovídajícím potřebám a problémům cílové skupiny).”³⁵

Podle doporučené struktury minimálního preventivního programu se rozděluje obsah preventivního programu do čtyř kategorií podle věku a znalostí, dovedností a způsobilosti žáků, kterými by se program vždy měl obsahově řídit.

V prvním a druhém ročníku základní školy žáci ví, že existují návykové látky, mají jasně profilované postoje, znalosti a dovednosti ve vztahu k volně dostupným lékům, rozlišují alkohol a tabák jako drogy, i když není zakázáno je vlastnit. Znají a umí pojmenovat rizika spojená s užíváním alkoholu, tabáku a dalších drog. Ví, že nemají nic přijímat od cizí osoby a dokáží též aplikovat strategie odmítnutí nabídky látky nabízené cizí osobou, rizikovým situacím dokáží předcházet, například se vyhýbat rizikovým místům v rizikovou hodinu. Obecně chápou hodnotu zdraví, znají doporučení, jak udržovat duševní zdraví a zdravý životní styl, vidí nevýhodu ve špatném zdravotním stavu.

Ve třetím a čtvrtém ročníku žáci znají zákony omezující kouření, užívání alkoholu a nelegálních drog, ví o zdravotních a společenských negativních důsledcích užívání drog, a na základě toho jsou schopni řídit své chování. Mají vnitřní morální přesvědčení, že drogy užívat nechťejí a umí je odmítnout od cizí i blízké osoby. V případě užívání drog jsou schopni požádat o pomoc a přijít za příslušným metodikem prevence či organizací poskytující pomoc mimo školu. Dokáží spolupracovat při řešení problému závislosti u svého kamaráda či sourozence, rodiče a ví co mají udělat, pokud se o jejich závislosti dozví.

V pátém a šestém ročníku žáci mají informace o jednotlivých kategoriích návykových látek. Znají alternativy, jak naplnit potřebu vyhledávání nových zážitků a vzrušení, mají přehled o možnostech trávení volného času a jsou schopni aktivně odpočívat. Zároveň znají techniky ke zvládnutí stresu a depresivních nálad a mají kladný vztah k sobě a ke svému zdraví, znají vlastní hodnotu.

V sedmém, osmém a devátém ročníku žáci znají chemické, biologické, zdravotní a sociální účinky drog, specifické účinky na mozek a psychické procesy a stavy, rozpoznají krátkodobé a dlouhodobé účinky drog na tělesné a kognitivní funkce a rozumí i právním důsledkům

³⁵ MIOVSKÝ, Michal a kol. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, s. 67. ISBN 978-80-87258-74-3.

užívání, uchovávání a distribuce drog. Jsou schopni odolat tlaku vrstevnické skupiny a udržovat přátelské vztahy navzdory určitým rozdílům, zvládají upřednostnit racionální řešení problému před impulzivním jednáním a při jeho řešení se orientuje spíše na problém a na způsob řešení než na vlastní osobu a emoce. Realizují se v diskuzích o rizicích návykových látek, své cíle, hodnoty a životní priority neztotožňuje s užíváním drog. Umí pracovat s nudou a dokáží se vyrovnat s vlastním pocitem selhání a s neúspěchem, vyjadřují své pocity různými způsoby, mezi které patří tanec, hudba, kresba, poezie apod.³⁶

2.3 Školní poradenské pracoviště

Školní poradenské pracoviště zřizuje ředitel základní, střední či vyšší odborné školy a spadá do školních poradenských služeb, které jsou obvykle zajišťovány výchovným poradcem, školním metodikem prevence, školním psychologem a školním speciálním pedagogem, kteří aktivně spolupracují s třídními učiteli. Dohromady tvoří propojený celek výchovné oblasti, kam spadá výchovné a kariérní poradenství, a oblasti preventivní, kam se řadí zejména primární prevence. Tyto služby se poskytují bezplatně všem žákům školy a jejich zákonným zástupcům. Důležitá je též spolupráce mezi školským poradenským zařízením a dalšími neziskovými organizacemi v okolí. Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra, ty nabízejí podporu zaměstnancům školy, ale věnují se i jednotlivým žákům či uskutečňují preventivní programy pro skupiny žáků.³⁷

Pro problematiku užívání návykových látek je důležitá činnost zejména školního metodika prevence a školního psychologa, proto bych jejich práci blíže věnovala v následující kapitole.

2.3.1 Školní metodik prevence

Jak již bylo výše zmíněno, obsahem práce školního metodika prevence je tvorba a realizace minimálního preventivního programu dané školy. Mezi metodické a koordinační činnosti, kterými se metodik prevence zabývá patří koordinace a účast na aktivitách školy v rámci

³⁶ MIOVSKÝ, Michal a kol. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, s. 67-70. ISBN 978-80-87258-74-3.

³⁷ Národní pedagogický institut České republiky. *Školní poradenské pracoviště* [online]. 2018 [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-reditel/1149-povinnosti-skolniho-poradenskeho-pracoviste>.

prevence záškoláctví, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, rasismu a xenofobie, kriminálního chování, sebepoškození a dalších projevů rizikového chování. Dále potom metodické vedení pedagogických pracovníků v oblasti prevence rizikového chování, koordinace jejich vzdělávání, příprava a realizace aktivit k zapojování multikulturních prvků do systému vzdělávání, integrace žáků cizinců s důrazem na prevenci rasismu a xenofobie, vedení spolupráce mezi školou a poradenskými, preventivními, krizovými a dalšími odbornými pracovišti. V případě akutního výskytu některého z projevů rizikového chování, mezi jeho kompetence patří kontaktování odborného pracoviště a účast při následné intervenci. V neposlední řadě v rámci prevence shromažďuje odborné zprávy a informace o žácích v péči poradenským zařízením a vede záznamy o rozsahu a obsahu své práce a o realizovaných opatřeních. Školní metodik prevence často zajišťuje školní schránku důvěry a věnuje se návrhům, dotazům a připomínkám z ní.

Další oblastí, ve které se pohybuje, je informační oblast, mezi informační činnosti metodika prevence lze zařadit zjišťování odborných informací o problematice rizikového chování, o metodách primární prevence a o nabídkách programů a projektů a jejich předávání dalším pracovníkům školy, předávání informací o preventivních programech zákonným zástupcům žáků a pedagogickým pracovníkům.

Neméně důležitá je i poradenská činnost, kam spadá cílené vyhledávání žáků s rizikem či s projevy rizikového chování, poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, spolupráce s třídními učiteli při zachycování těchto rizik a dále pak příprava integrace žáků se specifickými poruchami chování.³⁸

Tyto činnosti jsou pro prevenci velmi důležité, pozice metodika prevence je ve školách ovšem druhotná, přebírá ji na sebe vyškolený pedagog, který nemá žádné úlevy ze své výukové povinnosti a zmíněné činnosti vykonává nad rámec svých učitelských povinností. Za pozici školního metodika prevence je pedagogovi nabízen příplatek k platu, ovšem opět velmi neodpovídající náplni práce, kterou by měl vykonávat. Nezřídka kdy tudíž prevenci provádí v omezené a nedostatečné míře v době svého volna, či provádí pouze formální preventivní činnosti v rámci své povinnosti vůči inspekci. Taková preventivní činnost nijak nepomůže systémově předcházet rizikovým jevům.

³⁸ Národní pedagogický institut České republiky. *Školní metodik prevence* [online]. 2018 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-pedagog/1809-skolni-metodik-prevence_

2.3.2 Školní psycholog

K preventivní činnosti na škole přispívá i práce školního psychologa. Ten se stará o žáky s výukovými obtížemi, pracuje s žáky s osobními problémy, nabízí metodickou pomoc třídním učitelům, ale nabízí i krizovou intervenci pro žáky a pedagogy. Napomáhá i s preventivními programy ve třídě. Ve škole má svůj prostor a zveřejněné konzultační hodiny, ve kterých za ním má možnost kterýkoliv žák přijít a řešit potřebná témata, mezi která samozřejmě patří i problém s návykovými látkami apod.³⁹ Školním psychologem je nepedagogický pracovník, neměl by tedy žáky učit, zřízení jeho pozice není povinné, je ovšem bezesporu přínosem pro celý pedagogický sbor a především pro žáky. Často do škol dochází externí psycholog, který má částečné úvazky v několika školách najednou.

2.3.3 Sociální pedagog

Jak jsem již na začátku popsala, praxe primární prevence na školách nebývá nejpříhodnější, řešením toho by mohla být pozice sociálního pedagoga *“jako všestranně specializovaného odborníka pro práci v sociální sféře s kompetencemi pro oblast primární, sekundární i terciární prevence a intervence a práci se sociálně znevýhodněnými skupinami a jedinci.”*⁴⁰ V jeho kompetenci by mohl být minimální preventivní program, a to od jeho plánování až po realizaci a hodnocení.

Myslím si, že pokud by škola měla dostatek finančních prostředků na vytvoření nového pracovního místa, zařazením sociálního pedagoga do svého týmu by jistě pozvedla své dobré jméno a dodala rodičům, žákům i veřejnosti ujištění, že se zajímá a stará i o ohrožené žáky. Zároveň by tím ulevila pedagogům, kteří mají v popisu práce především učení a nemají ani kapacitu ani odborné kompetence pro sociální práci, od jejich dalších pracovních úloh. Sociální pedagog by mohl například řešit spory mezi žáky, šikanu, docházet za probačním úředníkem či vést třídnické hodiny, aby byly obsahově zajímavé a účelné.

2.4. Financování primární prevence

Opatření primární prevence nelze uskutečnit bez adekvátního financování jejich realizace. Tato oblast prevence je financována z více zdrojů, hlavním garantem specifické i nespecifické primární prevence je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které ze

³⁹ VOŽECHOVÁ, Jana. Sociální psycholog. In: BOŘKOVCOVÁ, Marie et al. *Mají na to: Jak podpořit sociálně znevýhodněné žáky na ZŠ* [online]. Praha: Člověk v tísni, o.p.s., Programy sociální integrace, pobočka Praha, 2013, s. 137-141. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: http://majinato.cz/majinato_web.pdf

⁴⁰ ŘEHULKA, Evžen et al. *Prevence závislosti ve škole*. Brno: MSD, 2008, s. 9. ISBN 978-80-7392-077-7.

svého rozpočtu ročně poskytuje zhruba dvacet milionů korun na realizaci aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže. Jedná se ovšem o několik let neměnnou částku, která je nyní i podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy naprosto nedostatečná. Každý rok evidují minimálně dvojnásobný převis žádostí o dotace oproti disponibilnímu objemu prostředků. Do budoucna je požadováno navýšení finančních prostředků o 15 milionů korun. Další finanční prostředky poskytují Ministerstvo vnitra, Ministerstvo zdravotnictví, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, fondy Evropské unie a v neposlední řadě zřizovatelé škol.⁴¹

⁴¹ Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Národní strategie primární prevence rizikového chování na rok 2019–2027* [online]. s. 25–39 [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf.

3. Empirická část

3.1. Cíl výzkumu

Cílem této práce bylo porovnat základní znalosti žáků v oblasti drogové problematiky a úrovně protidrogové prevence na dvou základních školách.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaným souborem mi byli žáci z celkem pěti školních tříd osmých a devátých ročníků ze dvou základních škol, které pro tuto práci anonymizuji. Školy byly vybrány příležitostným výběrem ve Středočeském kraji. První škola je z malého města s přibližně 3 000 obyvateli, na základě rozhovoru s kpt. Růžičkovou jsem se dozvěděla, že v daném městě je zvýšený výskyt rizikového chování narkomanie⁴². Druhá základní škola se nachází ve městě se 14 000 obyvateli bez zvýšeného výskytu tohoto rizikového chování. Složení chlapců a dívek bylo v obou souborech přibližně stejné, viz. tabulka níže.

Tabulka č. 1 znázorňuje rozložení chlapců a dívek ve zkoumaném vzorku na obou školách.

	CHLAPCI	DÍVKY
1. ZÁKLADNÍ ŠKOLA	22 (46 %)	26 (54 %)
2. ZÁKLADNÍ ŠKOLA	24 (53 %)	21 (47 %)

3.3. Výzkumné metody

Hlavní metodou mé empirické části byl polostrukturovaný dotazník směřovaný žákům druhého stupně základní školy, který se skládal z devíti uzavřených (45 %) a jedenácti otevřených (55 %) otázek. Na některé z otázek bylo možné vybrat více variant odpovědí. Před vyplňováním dotazníků žáci byli poučeni o tom, jak dotazník správně vyplnit, aby nedošlo k nesprávnému pochopení otázek. Otázky směřovaly na povědomí žáků k tématu drog, na jejich zkušenosti s nimi, na jejich názory, a na formy primární prevence na jejich školách. Konkrétní otázky z dotazníku jsou obsahem přílohy.

⁴² RŮŽIČKOVÁ, Jaroslava, policejní instruktorka [ústní sdělení]. Kostelní Lhota, 30.3.2023.

3.4. Formulace hypotéz

U žáků ze školy ve městě, kde je zvýšený výskyt rizikového chování narkomanie, není kladen takový důraz na protidrogovou prevenci, jako je tomu u žáků z oblasti s nižším výskytem tohoto rizikového chování. Žáci pocházející z rizikové oblasti mají více zkušeností s drogami než žáci, kteří z ní nepocházejí. Na škole, která se v rizikové oblasti nenachází, má více žáků negativní přístup k drogám nežli žáci z oblasti rizikové.

3.5. Způsob provedení výzkumu

Dotazníky jsem rozdala celkem 96 žákům 5 tříd osmého a devátého ročníku ve dvou základních školách ve Středočeském kraji. V první škole proběhlo jejich vyplňování při hodině tělesné výchovy, všechny třídy jej vyplňovaly zároveň v prostorách tělocvičny, ve druhé škole žáci dotazník vyplňovali zvlášť ve třídách během hodiny výchovy ke zdraví. V obou školách byl u vyplňování přítomen některý z pedagogů. Dotazník byl anonymní, žádný učitel k odpovědím neměl přístup, na to byli žáci obou škol upozorněni. Dotazník byl zároveň dobrovolný, celkem 3 žáci z první školy jej odmítli vyplnit, na druhé škole se na jeho vyplňování podíleli všichni žáci. Průměrná doba vyplňování dotazníků byla 15 minut. Žáci měli během vyplňování možnost klást upřesňující otázky k dotazníku, na které jsem jim odpovídala.

3.6. Metoda vyhodnocení dat

Data z obou škol budu nejprve rozebírat jednotlivě a v závěru je porovnávat mezi sebou, k vyhodnocování sebraných dat a ověřování hypotéz budu v závěru práce využívat test χ^2 .

3.7. Výsledky výzkumu

Grafy jsou tvořeny pouze z vyplněných odpovědí, žáci, kteří svou odpověď neuvedli, nejsou do grafu započítáváni.

3.7.1. První základní škola

Dotazníkového šetření se na první škole zúčastnilo 22 chlapců (46 %) a 26 dívek (54 %).

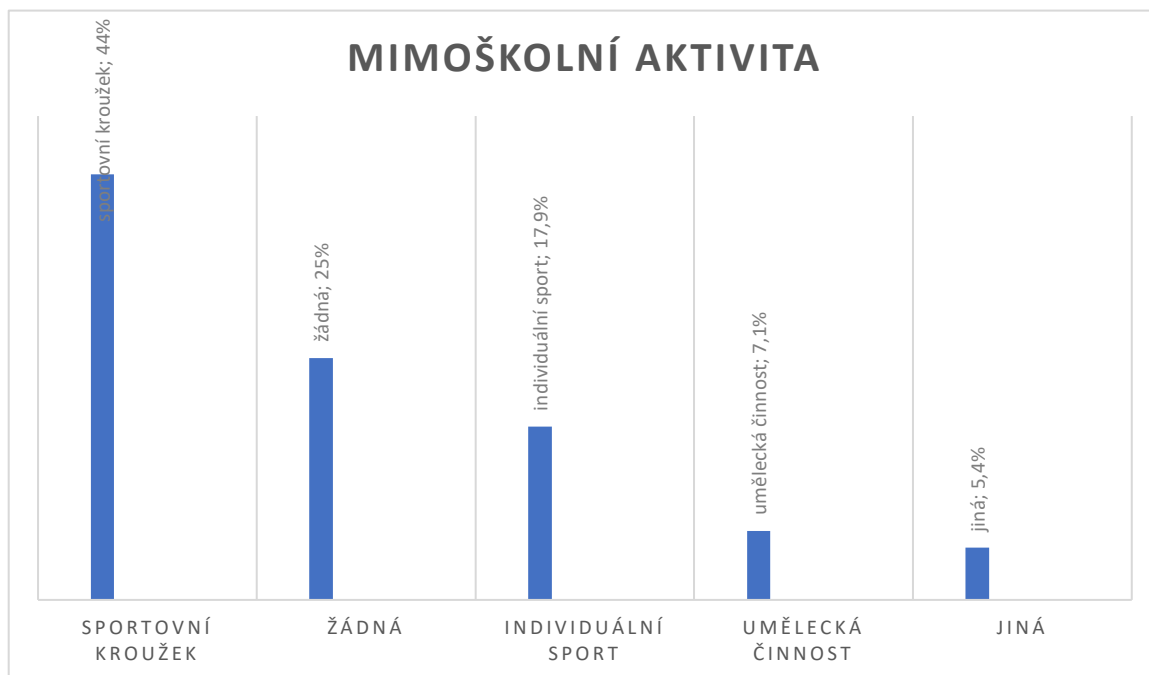


Graf č.1 znázorňuje rozvrstvení chlapců a dívek ve zkoumaném vzorku první základní školy.

Otázka č. 1: Věnuješ se nějaké mimoškolní aktivitě? Pokud ano, jaké?

Ve svém volném čase se sportu věnuje 35 žáků (72,9 %), z toho 25 (52,1 %) z nich pravidelně dochází do některého sportovního kroužku, mezi nejčastější sport patřil fotbal či volejbal, a 10 (20,8 %) z nich se věnuje individuálnímu sportu, nejčastěji posilování a běhání. 14 (29,2 %) žáků se nevěnuje žádné mimoškolní aktivitě. 4 žáci (8,3 %) se věnují umělecké činnosti a 3 žáci (6,3 %) se věnují ostatním činnostem, mezi které patří učení cizího jazyka či hraní her na počítači. Aktivní trávení volného času je podle mého názoru velmi důležité i pro prevenci rizikových jevů, mezi které právě narkomanie patří. Je proto důležité věnovat se sportu či jiné mimoškolní aktivitě, například kolektivní sport podle mého názoru žáky učí větší zodpovědnosti a pokud mají možnost trávit svůj volný čas v kolektivu dalších lidí, nepodléhají nudě, i ta může být prvotním spouštěčem pro experimentování s drogami u mladých lidí. V podstatě jakákoliv aktivita, které se žák věnuje pravidelně a rád,

může být pro prevenci drog důležitá, nabízí možnost odreagování se v případě psychické zátěže a daný žák ví, jak trávit svůj volný čas.

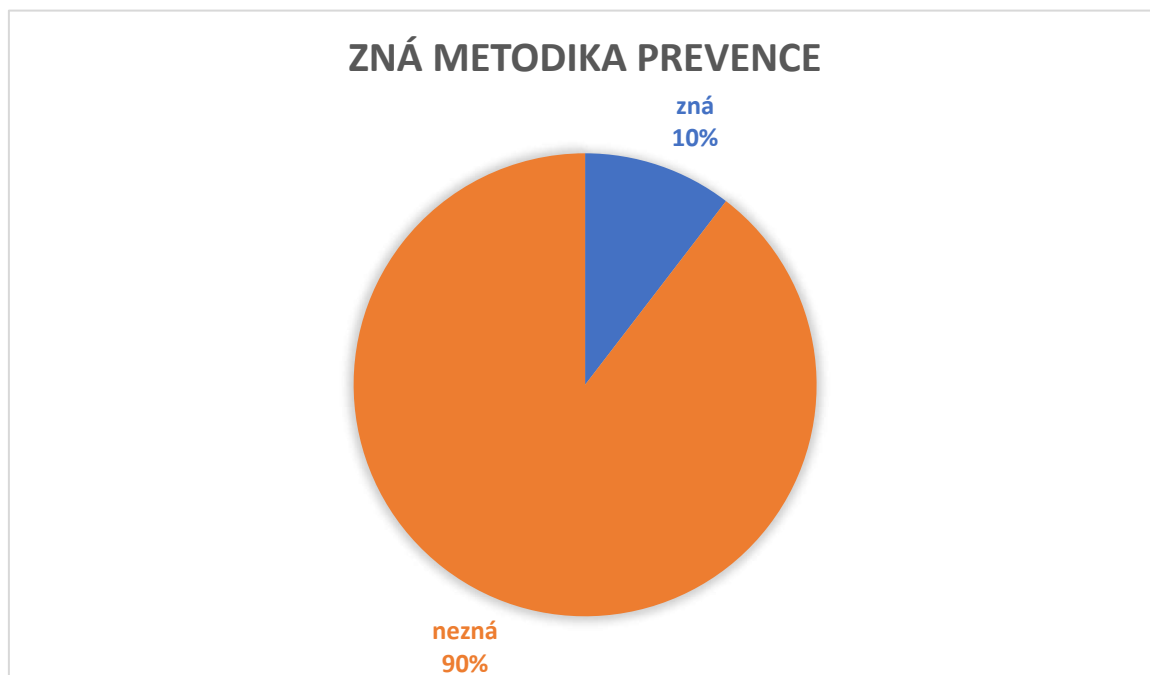


Graf č. 2 znázorňuje, jakým mimoškolním aktivitám se žáci ve zkoumaném vzorku na první základní škole věnují.

Otázka č. 2: Víš, kdo je školním metodikem prevence na vaší škole?

Z celkem 48 žáků zná metodika prevence dané školy pouze 5 žáků (10 %). Myslím si proto, že zde není kladen dostatečný důraz na prevenci rizikových jevů a bohužel nelze očekávat, že by si žáci metodika prevence sami vyhledali či ho v případě problémů kontaktovali.

Většina žáků, kteří odpovídali, že metodika prevence neznají, ani nevěděla, co je obsahem jeho práce a o takové pozici ve škole neslyšela.



Graf č. 3 znázorňuje, kolik žáků ve zkoumaném vzorku na první základní škole zná školního metodika prevence.

Otázka č. 3: Bavili jste se ve škole někdy na téma prevence drog? Pokud ano, kdy poprvé?

Podle zásad efektivní primární prevence by preventivní program měl začínat brzy, nejlépe v mateřské škole, tam se s ním setkali 4 žáci (9 %), na prvním stupni základní školy 6 žáků (13 %) a na druhém stupni základní školy 36 žáků (78 %). Dva žáci uvedli, že se s preventivním programem nesetkali nikdy, u těchto žáků předpokládám, že na preventivní hodině chyběli či si na její uskutečnění již nepamatují, do grafu jsem je proto nevyznačila. Na druhém stupni základní školy mají žáci o drogách přehled, informace si předávají mezi sebou či je získávají z internetu a na začátek preventivního programu je podle mého názoru, i dle zásad efektivní primární prevence, které jsem uváděla v kapitole o zásadách primární

prevence, již pozdě. Školní preventivní program by měl žákům získané informace také třídit a vyvracet mýty, které mezi nimi kolují.

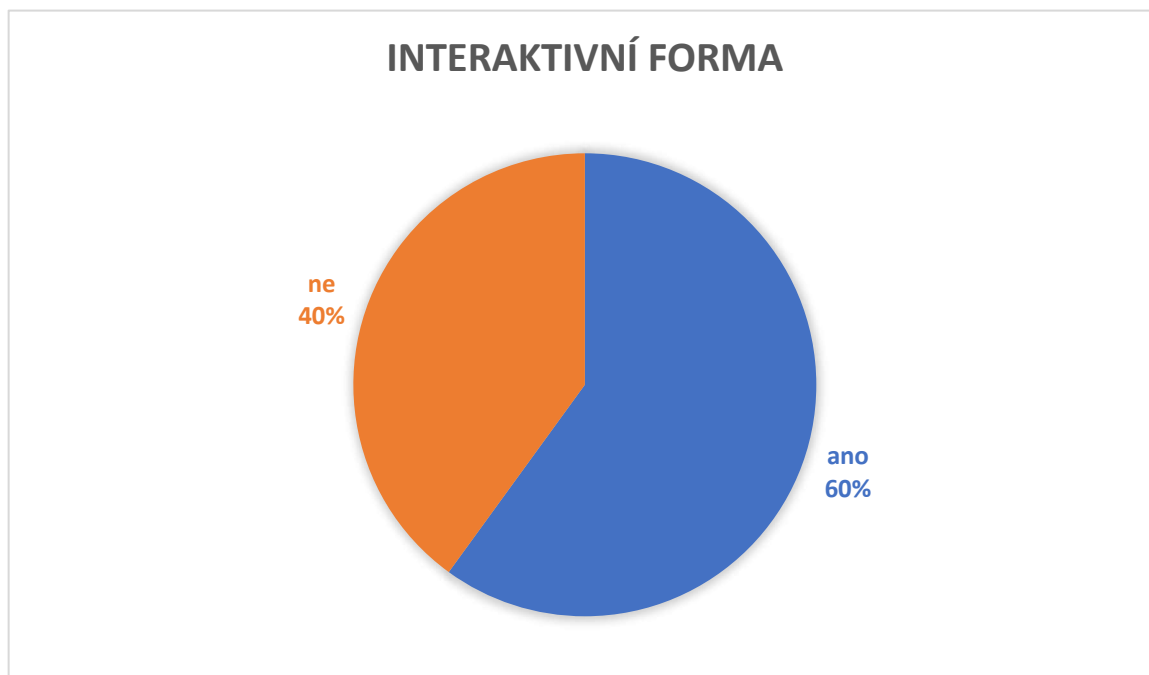


Graf č. 4 znázorňuje začátek školního preventivního protidrogového programu zkoumaného vzorku žáků na první základní škole.

Otázka č. 4: Pokud ano, byla tato hodina interaktivní? Zapojovali jste se do diskuze? Zkoušeli jste si například, jak drogu odmítnout?

Zásady efektivní primární prevence taktéž hovoří o interaktivitě, která by neměla preventivnímu programu chybět. Zapojovalo do preventivní hodiny bylo 27 žáků (60 %), 18 žáků (40 %) absolvovalo pouze preventivní přednášku bez možnosti zapojení se do hodiny, to odpovídá jedné třídě. Na otázku neodpovídali 2 žáci, kteří uvedli, že se

s preventivním programem nesetkali a 1 žák, který si na formu preventivního programu nevzpomíná.

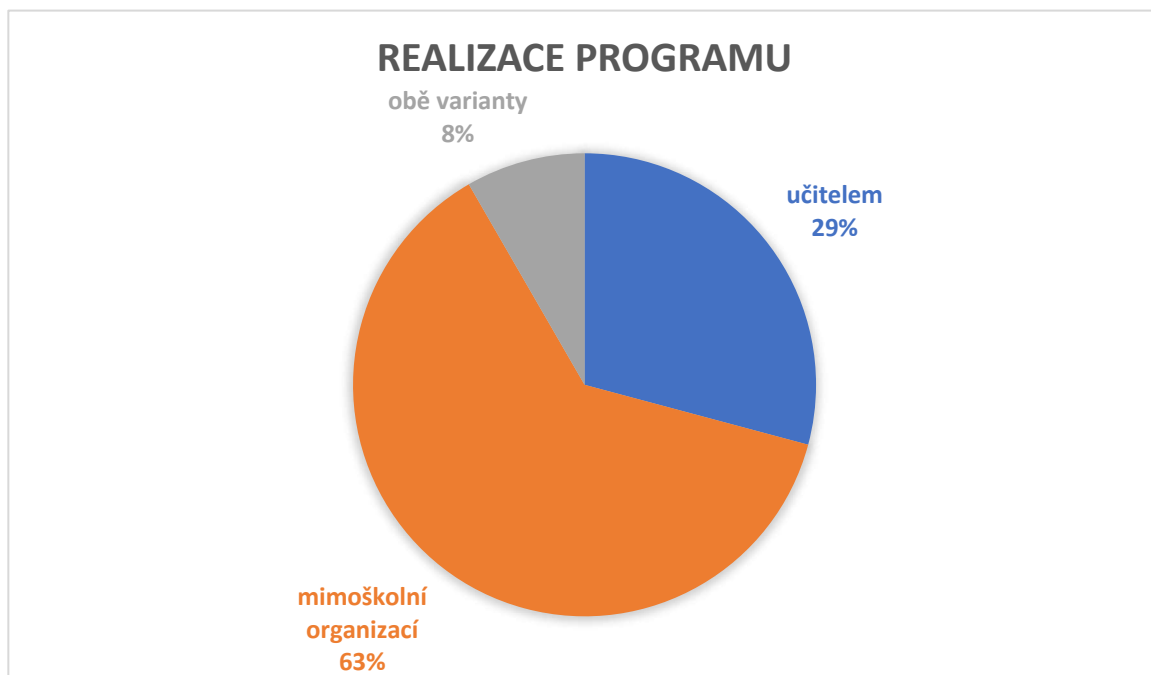


Graf č. 5 znázorňuje, zda byl preventivní protidrogový program zkoumaného vzorku žáků na první základní škole interaktivní.

Otázka č. 5: Pokud ano, kdo s vámi o drogách mluvil?

Zároveň ti žáci, kteří uvedli, že se do programu nezapojovali, uvedli, že preventivní program realizoval učitel. 4 žáci (8,3 %) uvedli, že se z programem setkali od pedagoga a zároveň také od mimoškolní organizace. Dalších 14 žáků (29 %) absolvovalo preventivní program

pouze s učitelem a zbývajících 30 žáků (63 %) s někým z mimoškolní organizace věnující se protidrogové prevenci.

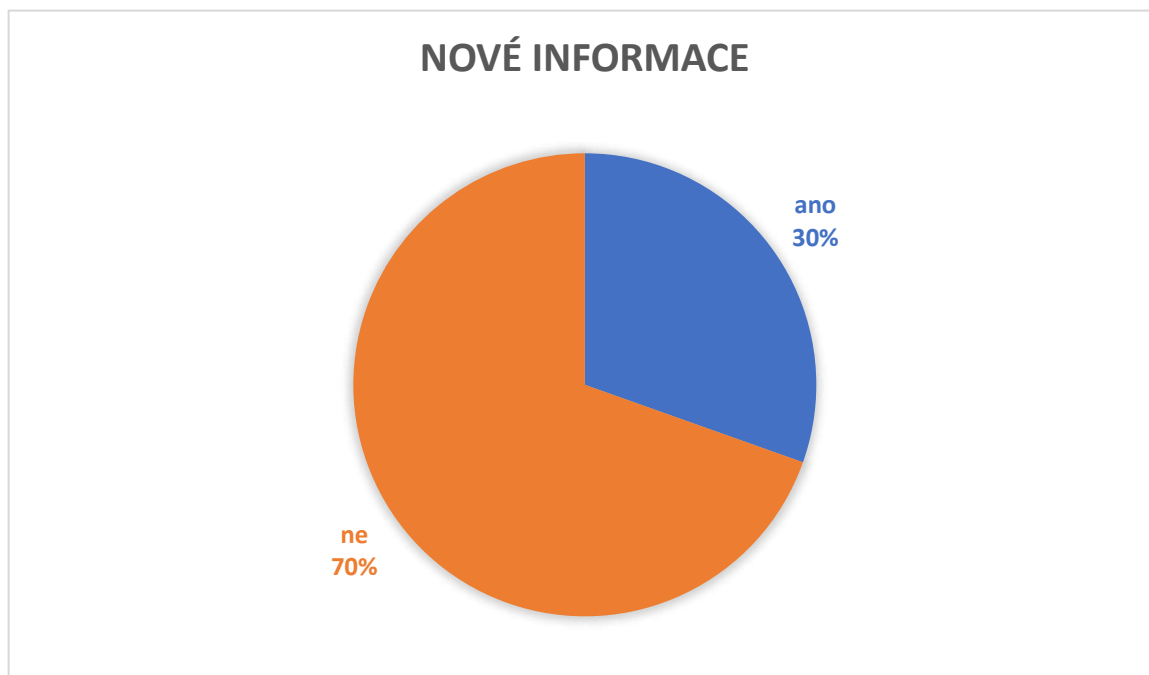


Graf č. 6 znázorňuje, kým byl preventivní protidrogový program zkoumaného vzorku žáků na první základní škole veden.

Otázka č. 6: Pokud ano, dozvěděl(a) ses něco nového? Co?

Pouze 14 žáků (30 %) uvedlo, že jim tato preventivní hodina přinesla nějaké nové informace, 5 žáků (11 %) se dozvědělo, do jakých kategorií se drogy řadí a jaké jsou jejich druhy a názvy, 5 žáků (11 %) se dozvědělo o negativních dopadech drog na člověka a zjistilo, jak špatné je drogy užívat. Další zmínky byly o abstinčním syndromu, o tom, že na každého mohou mít drogy jiný účinek a že spousta mladých lidí užívá drogy, aby zapadli do kolektivu nebo z donucení. Žádnou novou informaci preventivní hodina nepřinesla 32 žákům (70 %). Na otázku opět neodpovídali 2 žáci, kteří uvedli, že se s programem nesetkali. Myslím si, že 70 % žáků, pro které hodina nebyla užitečná, je velká část, preventivní program by se měl

umět lépe žákům přizpůsobit a měl by být vytvářen s důrazem na individuální potřeby žáků na základě jejich zkušeností s drogou.

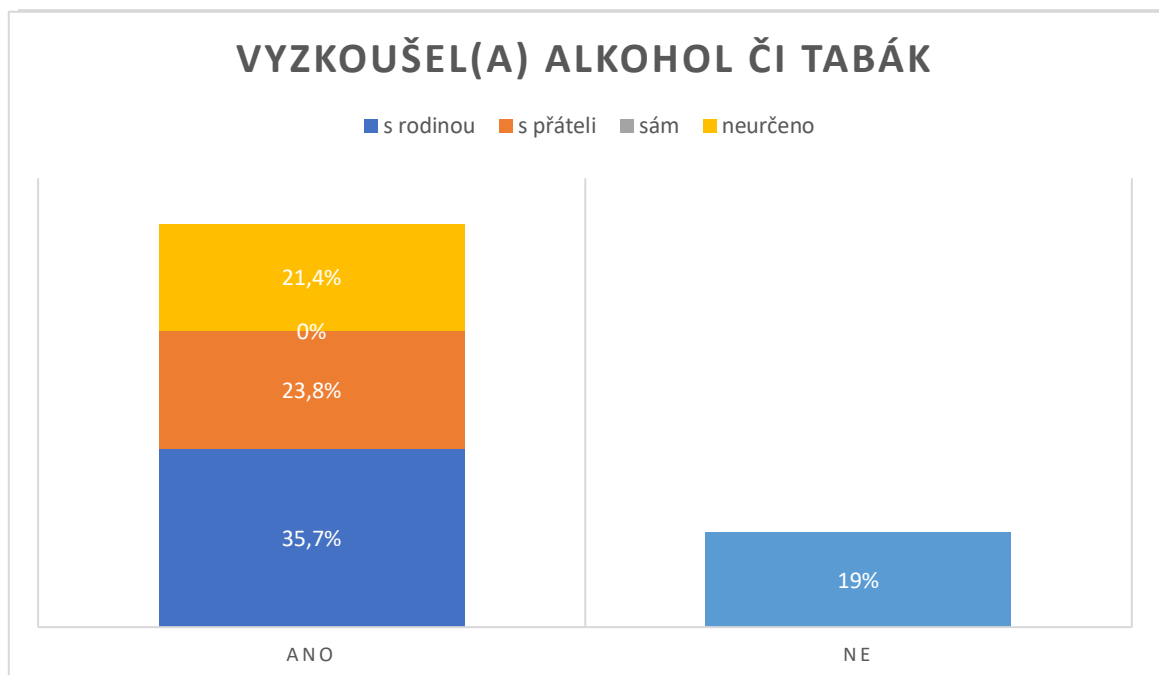


Graf č. 7 znázorňuje, zda preventivní protidrogový program přinesl zkoumanému vzorku žáků na první základní škole nové informace.

Otázka č. 7: Myslíš si, že alkohol a tabák jsou drogy?

Z žáků jich je 32 (67 %) názoru, že i alkohol a tabák jsou drogy, 16 (33 %) je názoru opačného. Cílem této otázky bylo zjistit, zda se preventivní program zaměřoval i na drogy legální a jaký k nim mají žáci přístup a zda je za drogy vůbec považují. Myslím si, že alkohol i cigarety jsou ve společnosti příliš normalizovány, proto si mnohdy děti ani dospělí

neuvědomují nebezpečnost těchto legálních drog, proto je jejich zařazení do preventivních programů důležité.



Graf č. 8 znázorňuje názory zkoumaného vzorku žáků na první základní škole na to, zda alkohol a tabák jsou drogy.

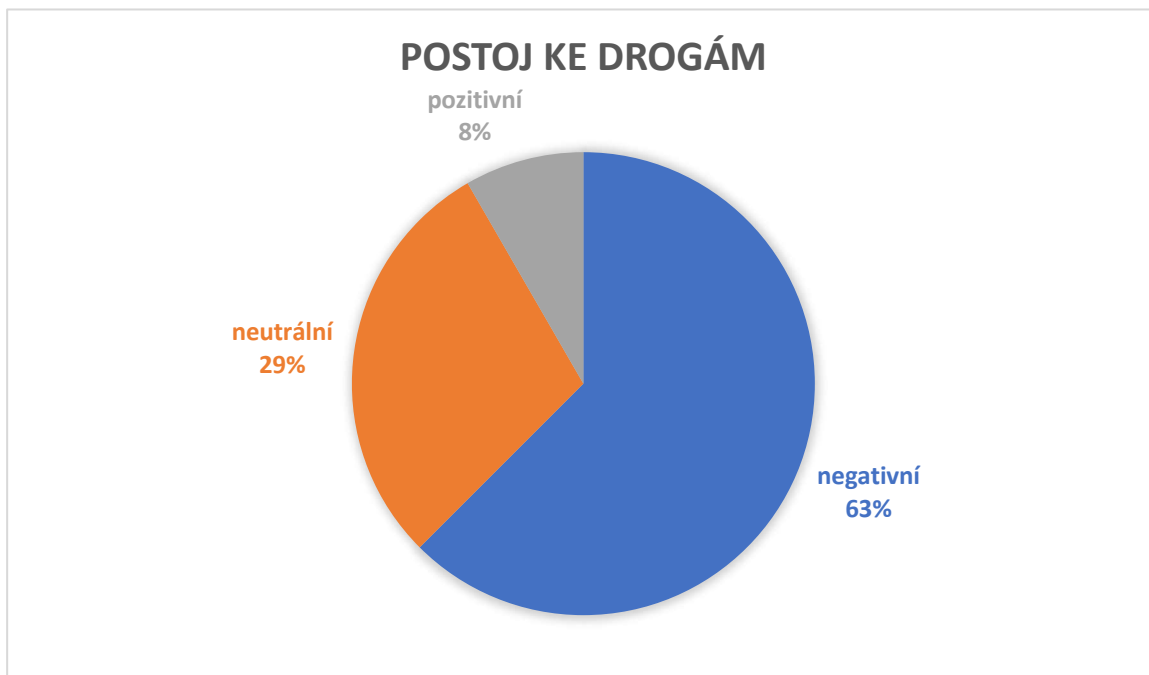
Otázka č. 8: Vyzkoušel(a) jsi někdy alkohol nebo tabák? Pokud ano, s kým poprvé?

Celkem 34 žáků (81 %) odpovědělo, že alkohol nebo tabák někdy vyzkoušeli, z toho 15 žáků (35,7 %) ho vyzkoušelo poprvé s rodiči, 10 (23,8 %) s přáteli. Nikdo z nich nevedl, že by ho zkoušel sám a zbylých 9 žáků (21,4 %) blíže nechtělo specifikovat, s kým alkohol nebo tabák vyzkoušeli. 8 žáků (19 %) uvedlo, že alkohol ani tabák nikdy nevyzkoušeli a zbývajících 6 žáků otázku nevyplnilo.

Graf č. 9 znázorňuje zkušenosti zkoumaného vzorku žáků první základní školy s alkoholem a tabákem, zda a s kým alkohol či tabák poprvé vyzkoušeli.

Otázka č. 9: Jaký máš názor na užívání drog?

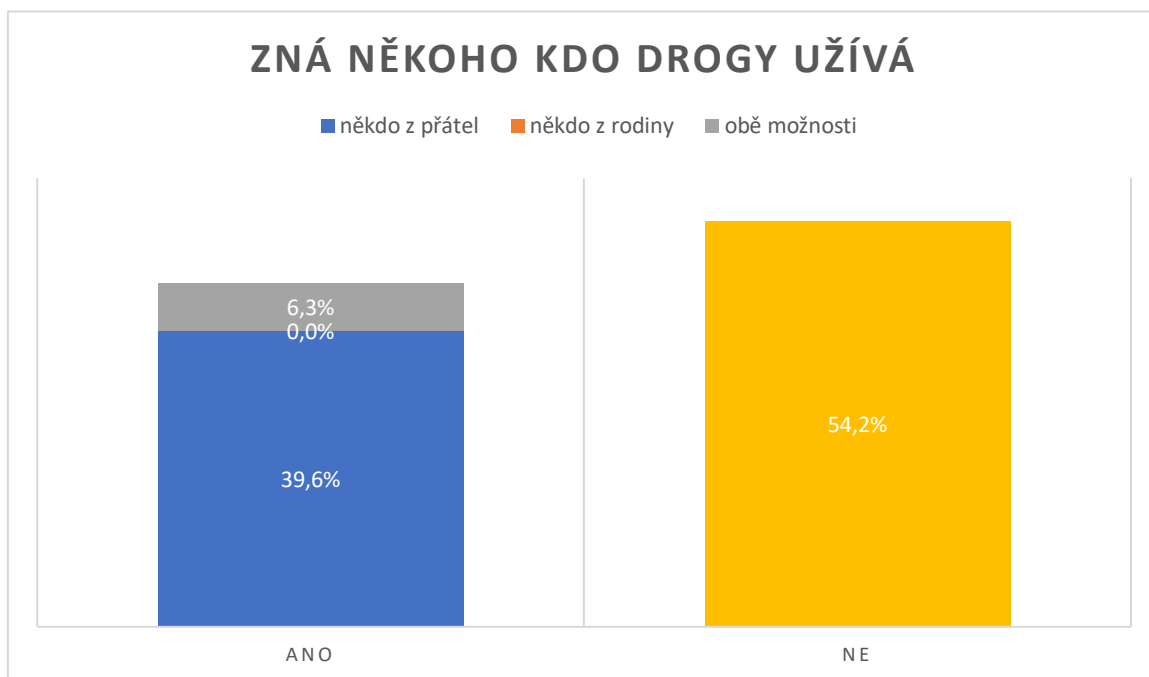
Na další otázku, zjišťující postoje žáků k drogám, 30 žáků (63 %) odpovědělo, že k drogám mají negativní postoj, nejčastěji si myslí, že drogy jsou špatné, škodí zdraví, kazí vzhled a je zbytečné je užívat. Neutrální postoj ke drogám mělo 14 žáků (29 %), ti odpovídali, že zkusit se má vše, pokud na nich není člověk závislý, tak je jejich užívání v pořádku či že k tomu názor vytvořený nemají. Zbylí 4 žáci (8 %) uvedli, že k drogám mají pozitivní přístup, užívají je a nevidí na nich nic špatného.



Graf č. 10 znázorňuje postoj zkoumaného vzorku žáků první základní školy ke drogám.

Otázka č. 10: Znáš někoho, kdo drogy pravidelně užívá?

Na otázku, zda žáci znají někoho, kdo drogy pravidelně užívá, byla možnost zvolení zároveň více odpovědí, 26 z nich (54,2 %) odpovědělo, že neznají nikoho, kdo by drogy pravidelně užíval. Zbýlých 22 žáků (45,8 %) uvedlo, že někoho takového ve svém okolí mají. 19 z nich (39,6 %) má uživatele drog mezi svými přáteli, další 3 žáci (6,3 %) mají člověka pravidelně užívajícího drogy mezi přáteli a zároveň i ve své rodině. Rodina i přátelé jsou dvě významné sociální skupiny, se kterou dospívající tráví většinu svého času a kterých chování bere jako normu, důležitý je tedy přístup obou sociálních skupin. Při utváření vztahu dospívajícího člověka, nebo i dítěte, k drogám je důležité, jak blízký vztah má jedinec k osobě užívající drogy, takovou informaci z odpovědí bohužel nelze zjistit.



Graf č. 11 znázorňuje, zda zkoumaný vzorek žáků první základní školy má ve svém okolí někoho, kdo drogy pravidelně užívá a z jaké sociální skupiny.

Otázka č. 11: Myslíš si, že distribuce a držení drog má nějaké právní důsledky?

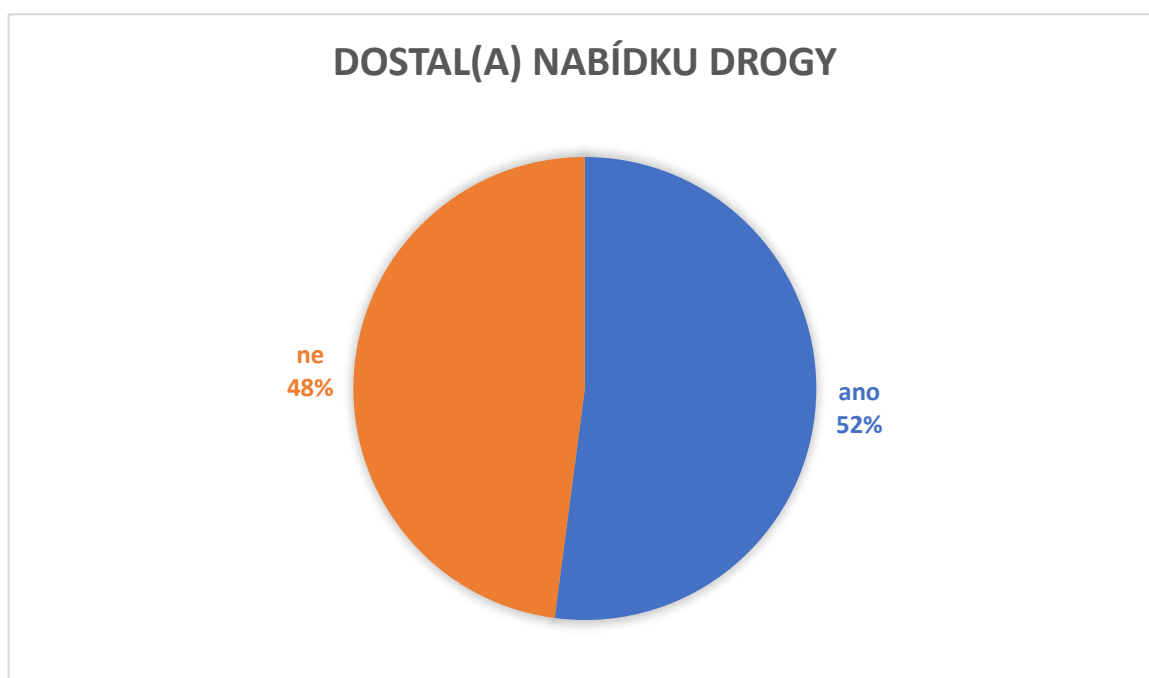
Podle odpovědí 40 žáků (83 %) uvedlo, že zná právní důsledky distribuce a držení drog, 8 žáků (17 %) si nemyslí, že nakládání s drogami je právně upraveno.



Graf č. 12 znázorňuje znalost zkoumaného vzorku žáků první základní školy právních důsledků distribuce a držení drog.

Otázka č. 12: Nabízel ti někdy někdo nějakou drogu? Odmítl jsi? Pokud ano, jak?

25 žáků (52 %) někdy dostalo nabídku drogy, mezi nejčastější způsob, jakým žáci drogu odmítli, bylo prosté „ne.“ Způsob odmítnutí, který mě zaujal, byl „nechci, už jsem zkoušel.“ Nelze říct, zda opravdu žák drogu již vyzkoušel či nikoliv, ale podle mého názoru se jedná o vhodnou reakci, pokud prosté „ne“ nestačí, u ostatních přátel jedinec není shazován, že se drogy například bojí, zároveň se ale jedná o jasné odmítnutí. Na jedince může být ve skupině, jejíž členové drogu užívají, kladen nátlak na to, aby ji taktéž vyzkoušel a odmítnout ji pod tímto tlakem a se strachem z názorů ostatních není vždy snadné. Pro prevenci je proto důležité mluvit o způsobech odmítnutí a zároveň si je nacvičovat. Dalších 23 žáků (48 %) nikdy nabídku drogy nedostalo, i přes to někteří odpovídali, že drogu vyzkoušeli z vlastní iniciativy.



Graf č. 13 znázorňuje, zda zkoumaný vzorek žáků první základní školy někdy dostal nabídku drogy.

Otázka č. 13: Co děláš, když se necítíš psychicky dobře? Máš něco, co ti pomáhá?

Dalším důležitým bodem pro úspěšnou prevenci jsou techniky zvládání stresu. Myslím si, že jedinci, kteří se neumí vyrovnat se stresem, se spíše uchylují k alkoholu či k jiným drogám v náročných životních situacích s cílem odreagovat se či zapomenout na své problémy. Techniky zvládání stresu se lze naučit a osvojit si je, je proto vhodné zařadit je do výchovy pro zdraví k tématu zdravého životního stylu. Z dotázaných žáků jich 22 (46 %) uvedlo, že když se necítí psychicky dobře, jdou si lehnout či nedělají nic. 2 žáci dokonce uvedli, že se kvůli psychické nepohodě sebepoškozují. Ostatních 26 žáků (54 %) některé techniky zvládání stresu má, pomáhá jim odreagování se v podobě sportovní aktivity, nejčastěji

běhání, sociálního kontaktu, poslechu hudby či shlédnutí filmu, nebo třeba metoda dýchání do čtverce a meditace z internetu.

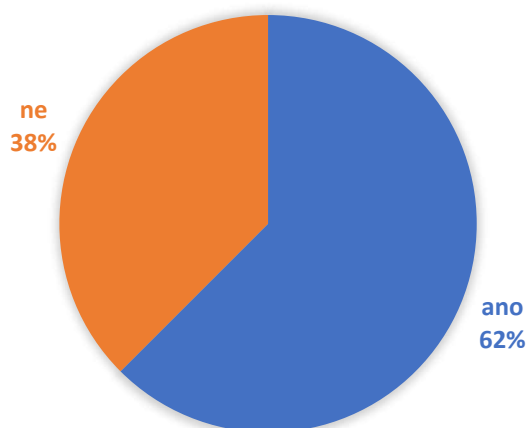


Graf č. 14 znázorňuje, zda má zkoumaný vzorek žáků první základní školy osvojené techniky zvládnání stresu.

Otázka č. 14: Říkali vám ve škole o zdravém životním stylu a o metodách zvládnání stresu?

30 žáků (62 %) slyšelo o metodách zvládnání stresu ve škole, zbylých 18 (38 %) nikoliv. Podle dalších odpovědí to vychází tak, že ta třída, která měla preventivní program pouze s učitelem a zároveň neměla možnost se do něj zapojit, neslyšela o těchto metodách ve výuce.

SLYŠEL(A) O METODÁCH ZVLÁDÁNÍ STRESU VE ŠKOLE

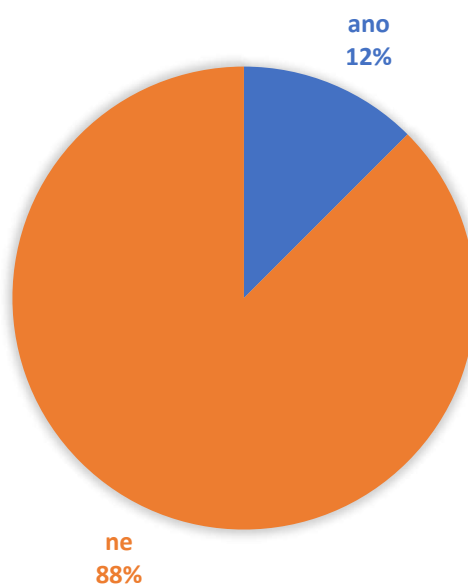


Graf č. 15 znázorňuje, zda zkoumaný vzorek žáků první základní školy slyšel o zdravém životním stylu a o metodách zvládání stresu ve škole.

Otázka č. 15: Chtěl(a) bys něco zlepšit na prevenci drog na své škole? Co by to bylo?

Na závěr dotazníku byla otázka, zda by si žáci přáli zlepšit preventivní programy a jak, pouze 6 z nich (12 %) by si přálo o drogách a drogové závislosti více mluvit, ostatním 42 žákům (88 %) úroveň prevence na škole vyhovuje. Z toho vyplývá nezájem žáků o drogovou problematiku.

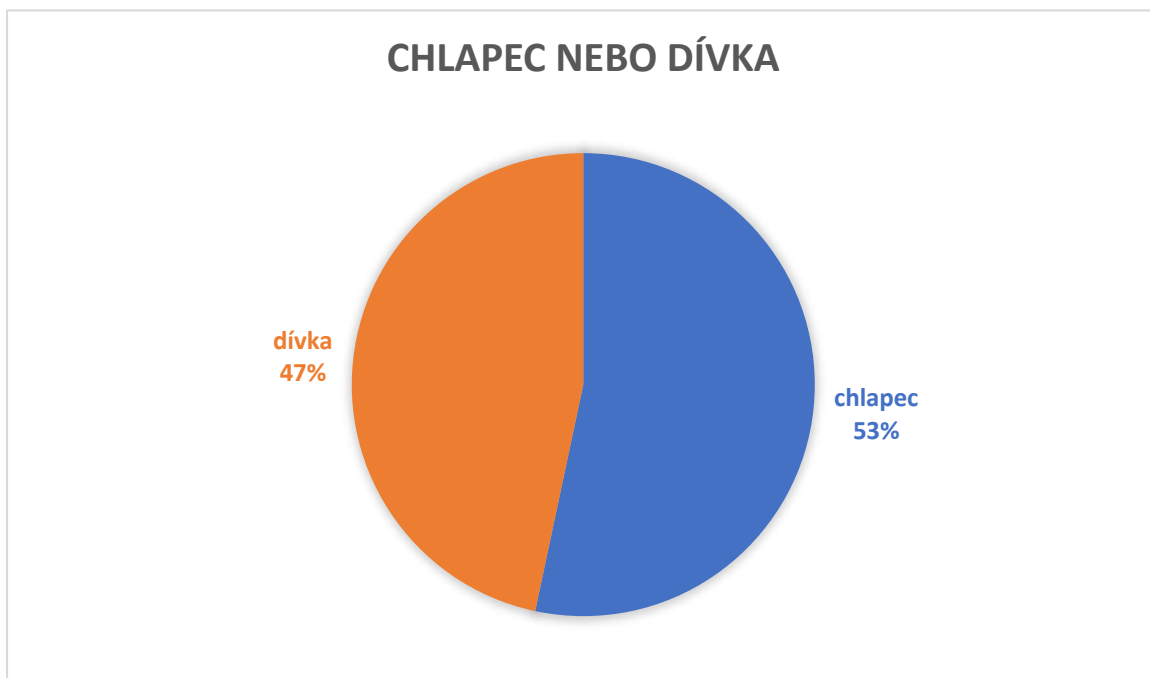
CHCE ZLEPŠT PREVENTIVNÍ PROGRAM



Graf č. 16 znázorňuje zájem zkoumaného vzorku žáků první základní školy zlepšit preventivní program.

3.7.2. Druhá základní škola

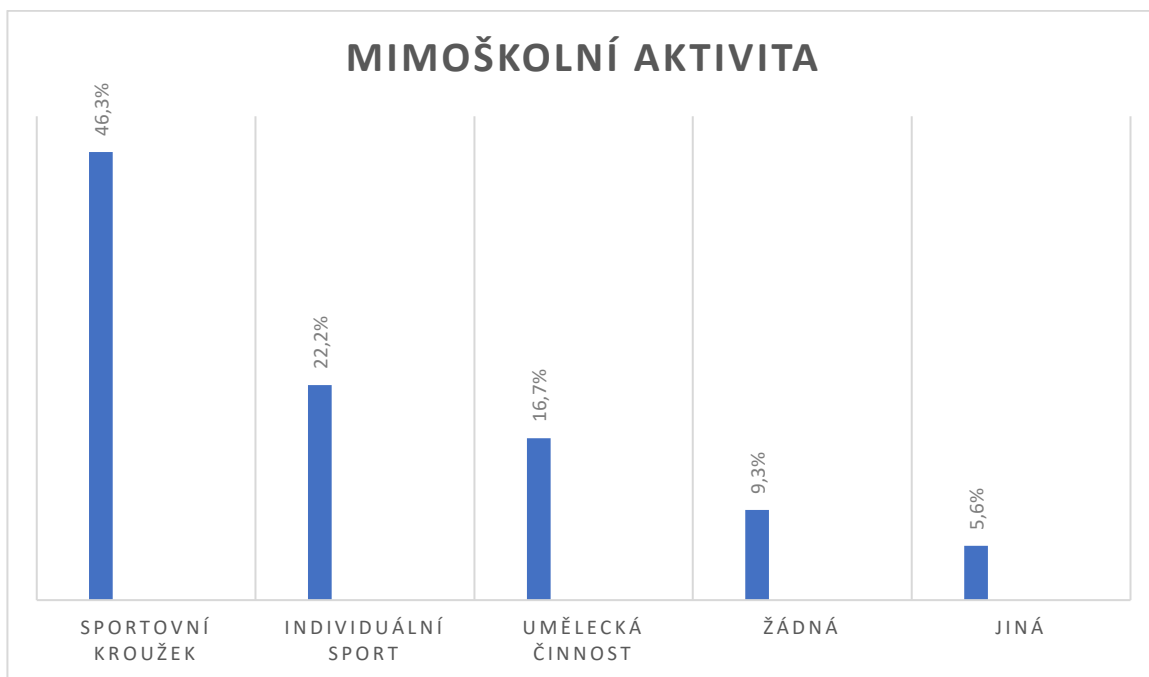
Na druhé škole se dotazníkového šetření zúčastnilo 24 chlapců (53 %) a 21 dívek (47 %).



Graf č. 17 znázorňuje rozvrstvení chlapců a dívek ve zkoumaném vzorku druhé základní školy.

Otázka č. 1: Věnuješ se nějaké mimoškolní aktivitě? Pokud ano, jaké?

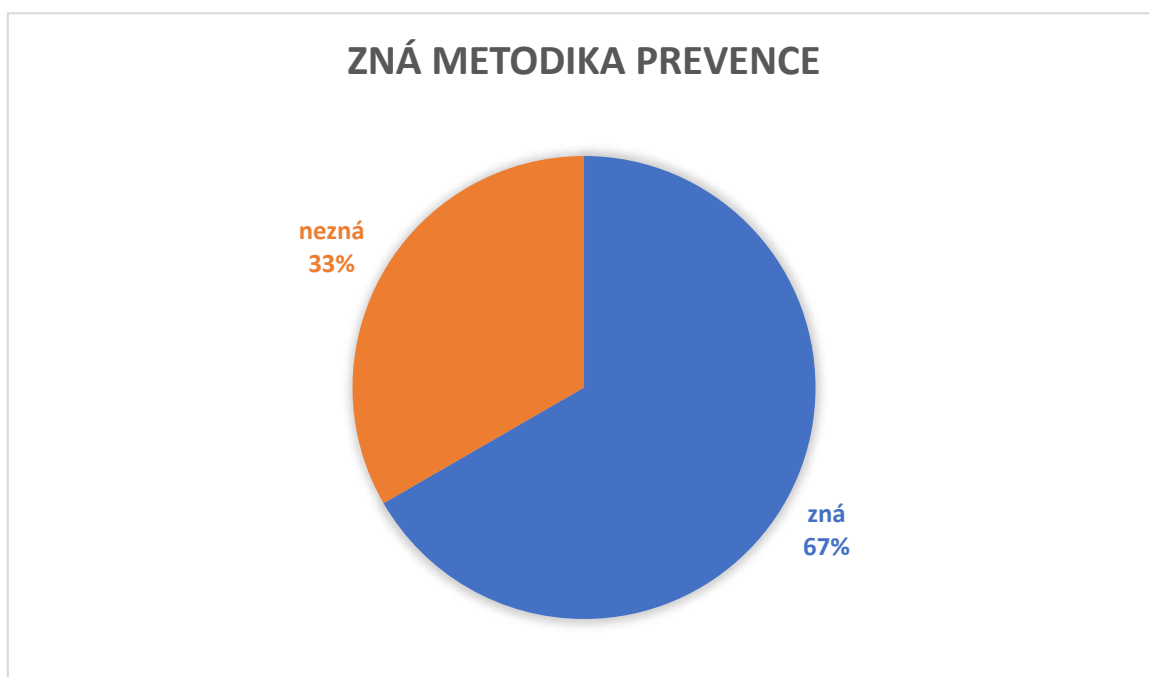
Ve volném čase se některé z mimoškolních aktivit věnuje 40 žáků (88,9 %), 25 z nich (55,6 %) pravidelně dochází na některý sportovní kroužek, nejčastěji na fotbal a atletiku, 12 (26,7 %) se věnuje individuálnímu sportu, nejčastěji posilování a jízdě na kole či na koloběžce a jízdě na koni, 9 žáků (20 %) se věnuje umělecké činnosti, 3 žáci (6,7 %) se věnují ostatním koníčkům, kam řadím i hraní her na počítači. 5 žáků (11,1 %) se nevěnuje žádné mimoškolní aktivitě.



Graf č. 18 znázorňuje, jakým mimoškolním aktivitám se žáci ve zkoumaném vzorku na druhé základní škole věnují.

Otázka č. 2: Víš, kdo je školním metodikem prevence na vaší škole?

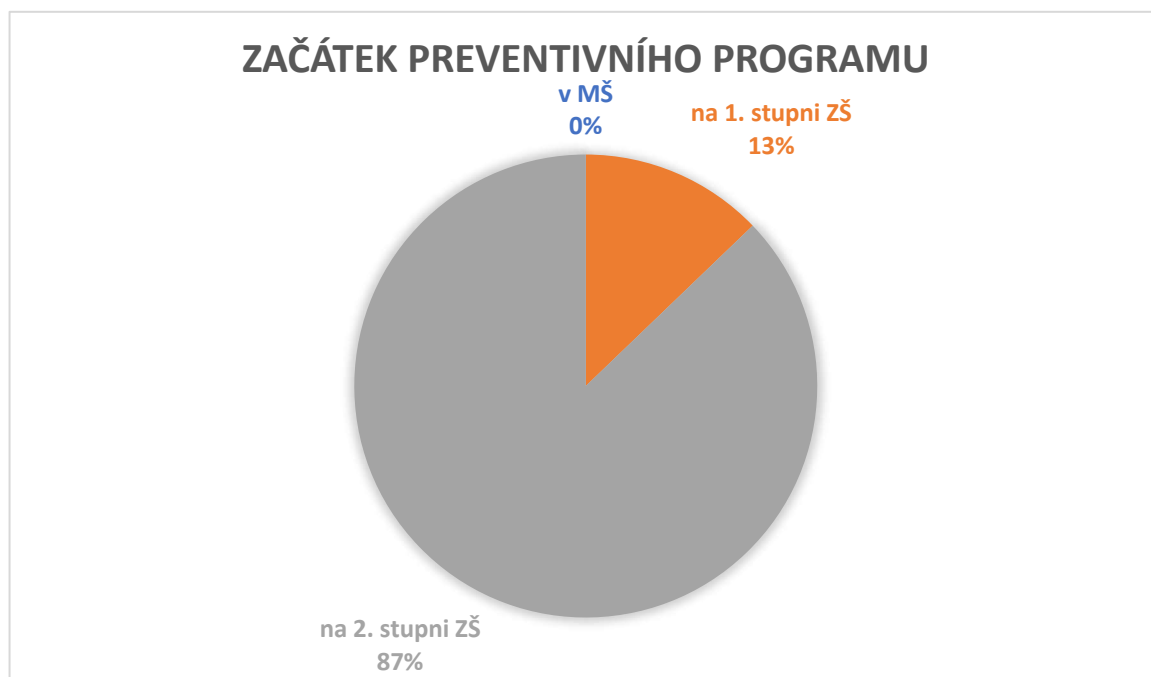
Jméno metodika prevence správně uvedlo 30 žáků (67 %), 15 žáků (33 %) nevědělo, kdo metodikem prevence je či uvedli špatné jméno.



Graf č. 19 znázorňuje, kolik žáků ve zkoumaném vzorku na druhé základní škole zná školního metodika prevence.

Otázka č. 3: Bavili jste se ve škole někdy na téma prevence drog? Pokud ano, kdy poprvé?

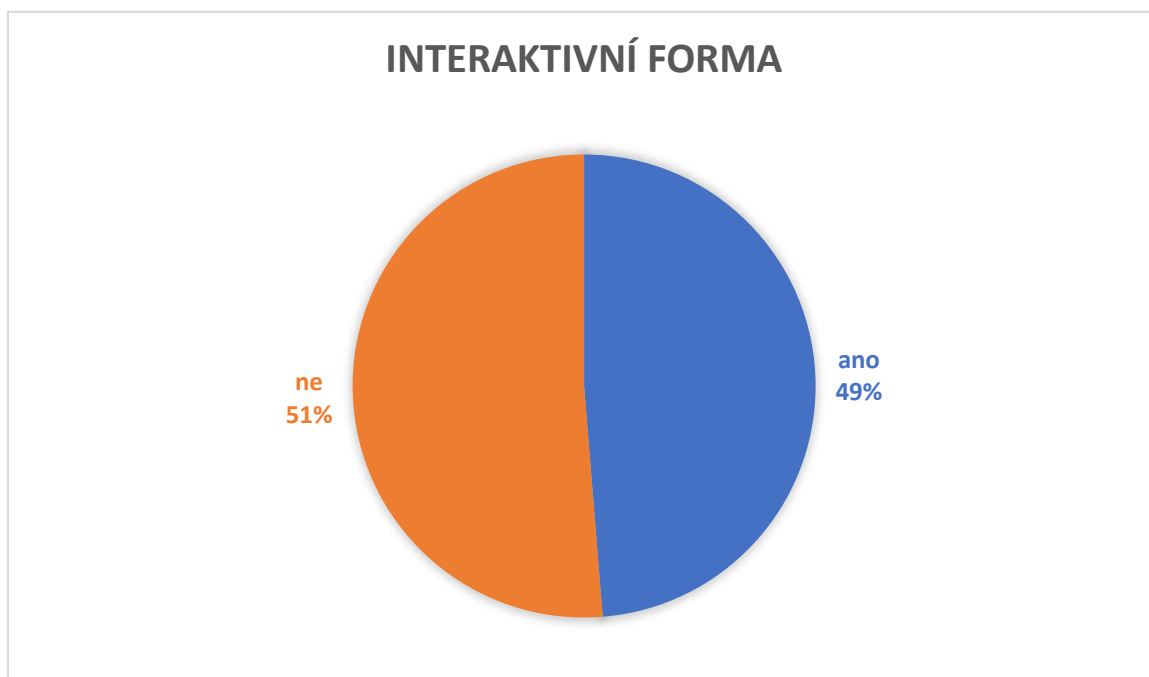
Začátek preventivního programu neuvědli žádný z žáků na mateřskou školu, 5 žáků (13 %) se s ní setkali na prvním stupni základní školy, 34 žáků (87%) se s programem setkali až na druhém stupni základní školy. 6 žáků uvedlo, že se s preventivním programem nesetkalo, opět se přikláním k jejich absenci, proto je do grafu nezahrnuji.



Graf č. 20 Graf č. 4 znázorňuje začátek školního preventivního protidrogového programu zkoumaného vzorku žáků na druhé základní škole.

Otázka č. 4: Pokud ano, byla tato hodina interaktivní? Zapojovali jste se do diskuze? Zkoušeli jste si například, jak drogu odmítnout?

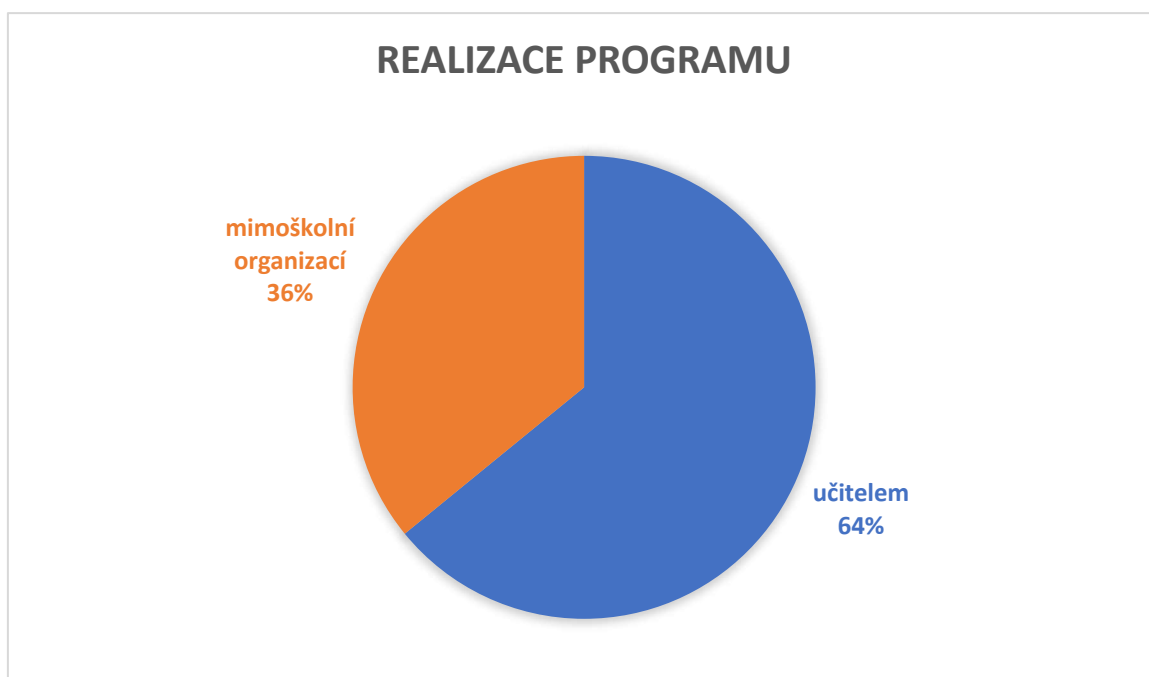
Interaktivní formu preventivní hodiny mělo podle odpovědí 19 žáků (49 %), kdy se aktivně zapojovali, formu přednášky mělo 20 žáků (51 %). 6 žáků, kteří uvedli, že preventivní hodinu neměli, neodpovědělo, do grafu je proto opět nezahrnuji.



Graf č. 21 znázorňuje, zda byl preventivní protidrogový program zkoumaného vzorku žáků na druhé základní škole interaktivní.

Otázka č. 5: Pokud ano, kdo s vámi o drogách mluvil?

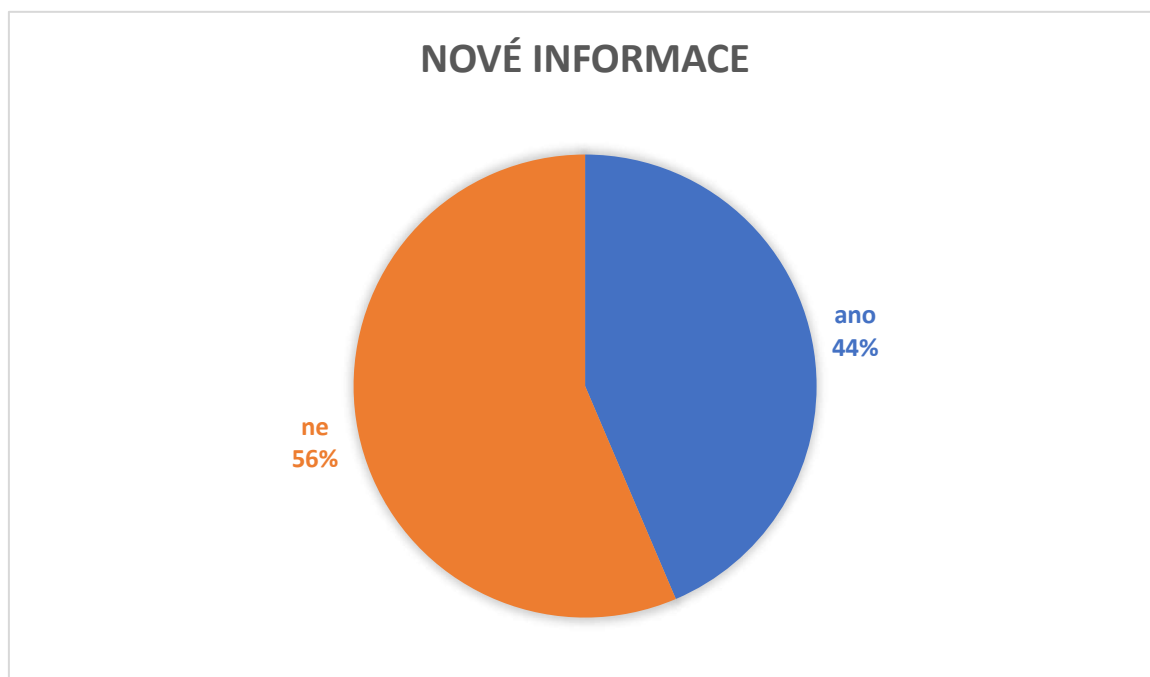
Pro 25 žáků (64 %) realizoval preventivní program pedagog, zbylých 14 žáků (36 %) odpovědělo, že do školy přišel někdo z mimoškolní organizace, zabývající se protidrogovou prevencí.



Graf č. 22 znázorňuje, kým byl preventivní protidrogový program zkoumaného vzorku žáků na druhé základní škole veden.

Otázka č. 6: Pokud ano, dozvěděl(a) ses něco nového? Co?

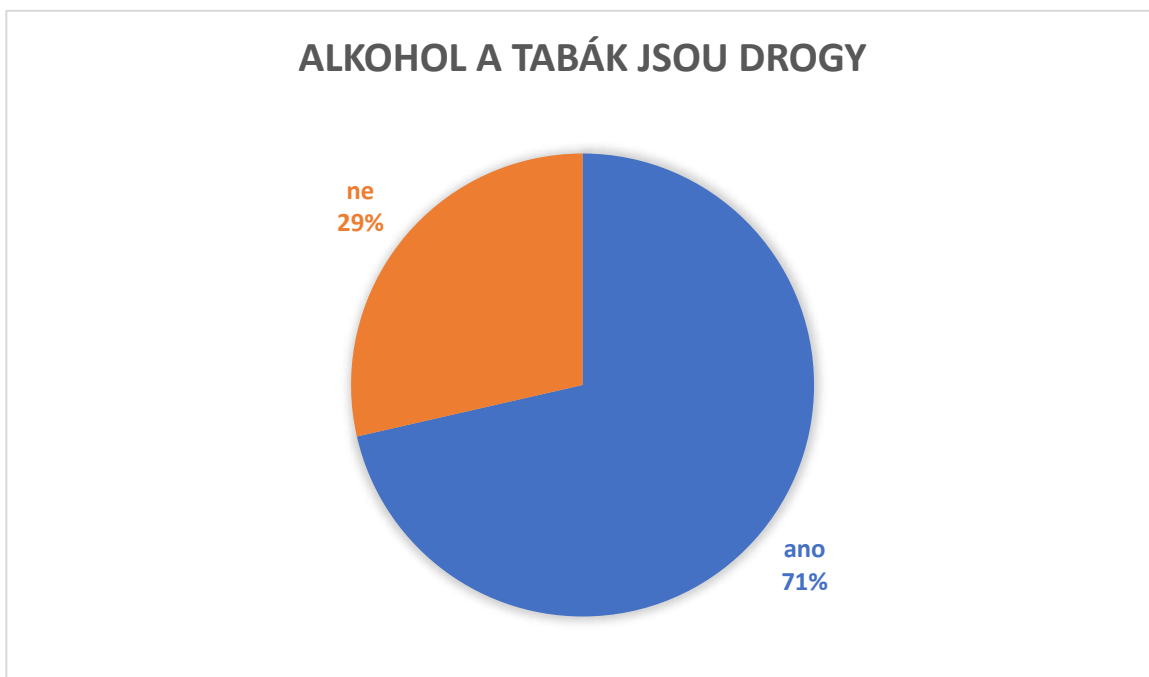
Celkem 17 žáků (44 %) uvedlo, že se na této preventivní hodině dozvěděli nové informace. Mezi nejčastější odpovědi patřilo, že si žáci uvědomili, jak jsou drogy škodlivé, zjistili, jaké existují druhy drog, že jsou nelegální, jak předcházet závislosti, a jak drogu odmítnout. Zbýlých 22 žáků (56 %) se nedozvědělo nic nového, co by již neznali. 6 žáků opět neodpovědělo.



Graf č. 23 znázorňuje, zda preventivní protidrogový program přinesl zkoumanému vzorku žáků na druhé základní škole nové informace.

Otázka č. 7: Myslíš si, že alkohol a tabák jsou drogy?

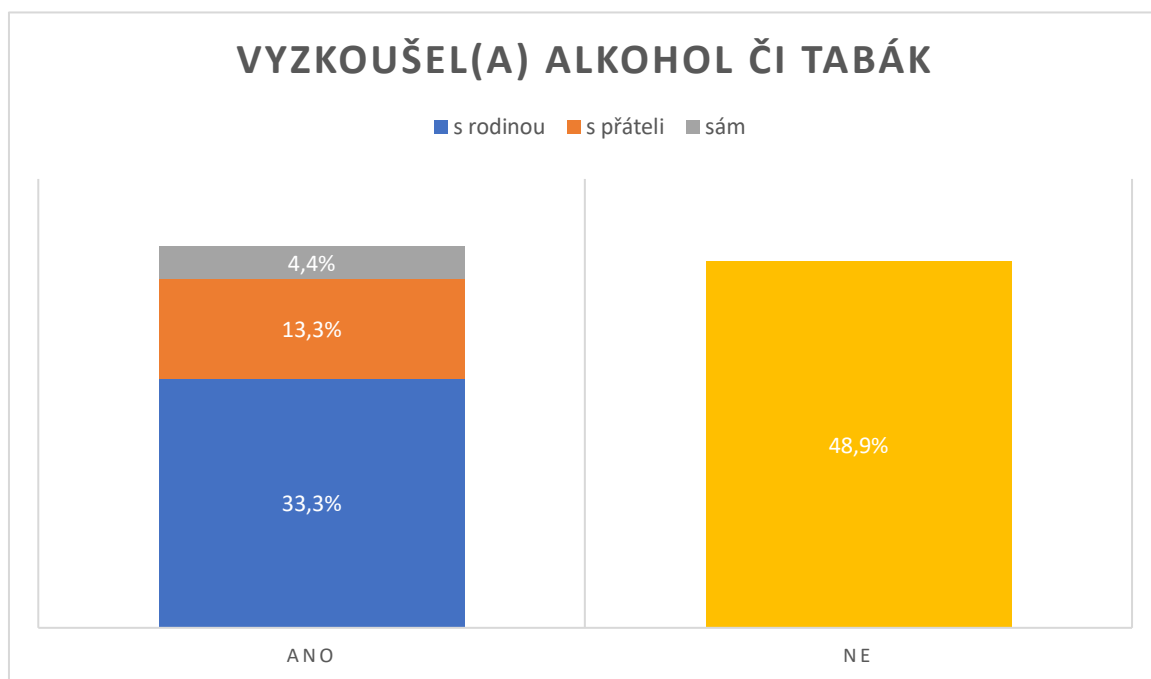
Za drogy považuje alkohol a tabák 30 žáků (71 %), 12 žáků (29 %) si o těchto látkách nemyslí, že by se mezi drogy řadily, 3 žáci na otázku neodpověděli, předpokládám tedy, že na otázku odpověď neznali a alkohol a tabák by mezi drogy také nezařadili, do grafu jsem je však nezahrnovala.



Graf č. 24 znázorňuje názory zkoumaného vzorku žáků na druhé základní škole na to, zda alkohol a tabák jsou drogy.

Otázka č. 8: Vyzkoušel(a) jsi někdy alkohol nebo tabák? Pokud ano, s kým poprvé?

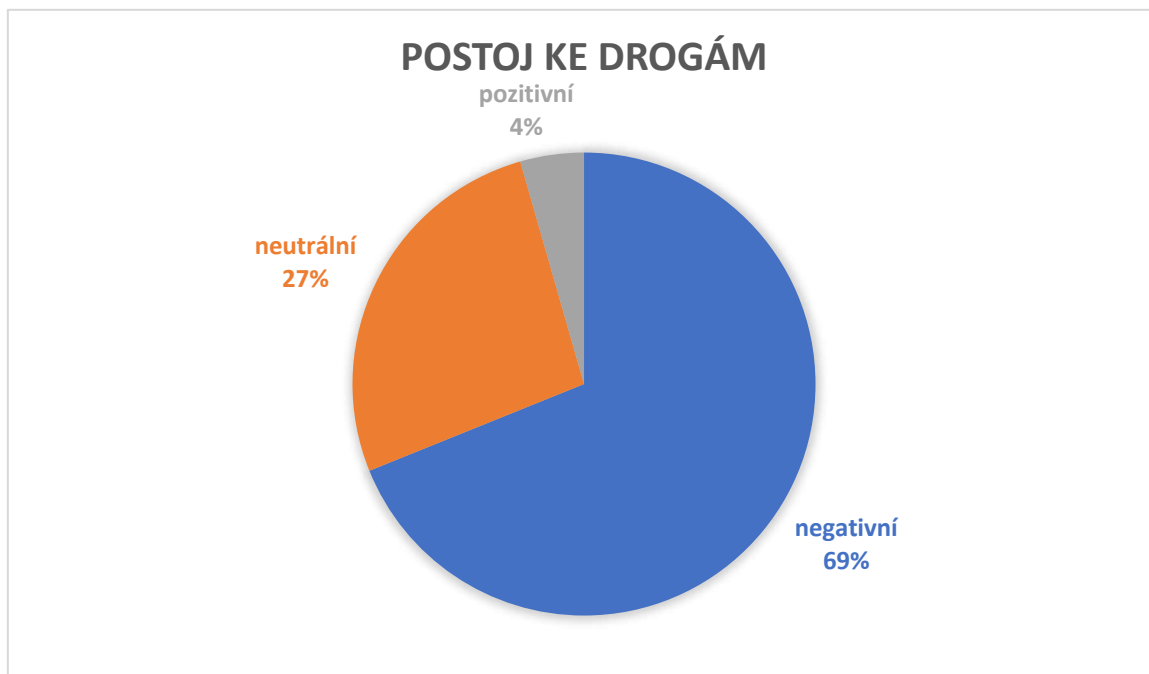
Na otázku, zda žáci někdy zkusili alkohol či tabák jich 23 (51,1 %) odpovědělo, že ano. Z celkového počtu jich 15 (33,3 %) vyzkoušelo alkohol či tabák poprvé s rodinou, 6 (13,3 %) s kamarády a 2 (4,4 %) sami. 22 žáků (48,9 %) odpovědělo, že alkohol ani tabák nikdy nevyzkoušelo.



Graf č. 25 znázorňuje zkušenosti zkoumaného vzorku žáků druhé základní školy s alkoholem a tabákem, zda a s kým alkohol či tabák poprvé vyzkoušeli.

Otázka č. 9: Jaký máš názor na užívání drog?

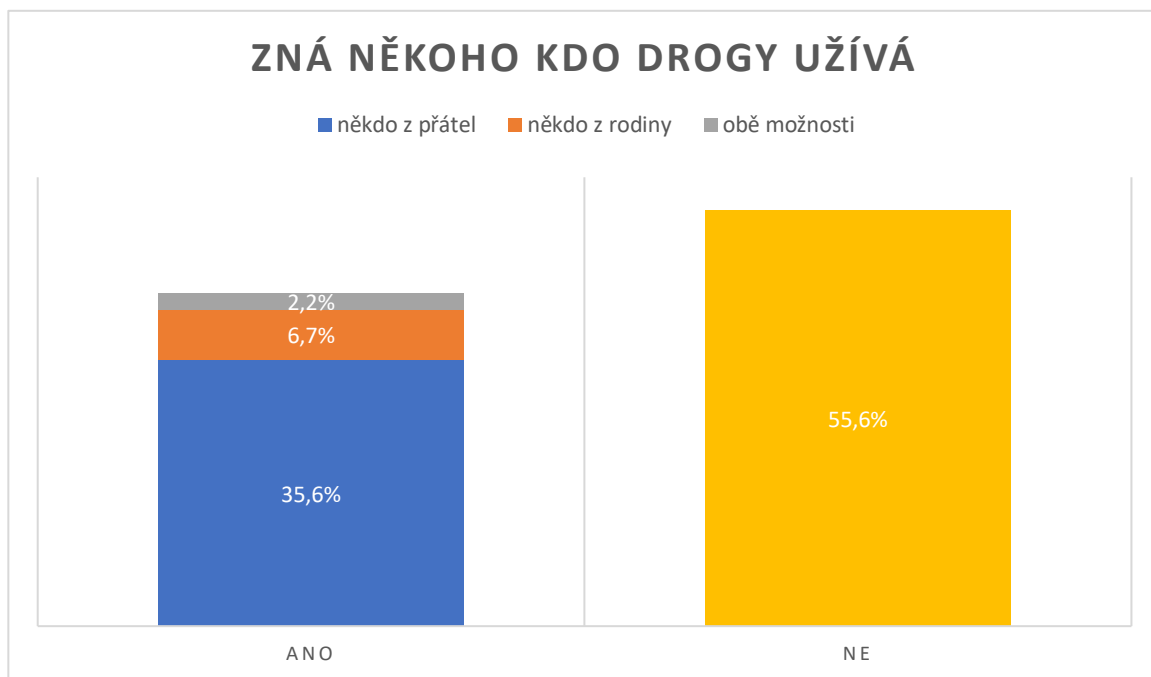
Podle odpovědí má k drogám negativní postoj 31 žáků (69 %), drogy odsuzují a nelákají je, nechtějí si s nimi kazit život, 12 žáků (27 %) má k drogám neutrální postoj, nezajímají je, pozitivní přístup k nim mají 2 žáci (4 %), chtěli by je zkusit či je někdy zkusili.



Graf č. 26 znázorňuje postoj zkoumaného vzorku žáků druhé základní školy ke drogám.

Otázka č. 10: Znáš někoho, kdo drogy pravidelně užívá?

25 žáků (55,6 %) nezná nikoho, kdo by drogy pravidelně užíval, zbylých 20 žáků (44,4 %) má ve svém okolí někoho, kdo drogy pravidelně užívá, 16 z nich (35,6 %) má někoho takového mezi svými přáteli, 3 žáci (6,7 %) v rodině a 1 žák (2,2 %) má uživatele drog mezi svými přáteli i mezi členy rodiny.



Graf č. 27 znázorňuje, zda zkoumaný vzorek žáků druhé základní školy má ve svém okolí někoho, kdo drogy pravidelně užívá a z jaké sociální skupiny.

Otázka č. 11: Myslíš si, že distribuce a držení drog má nějaké právní důsledky?

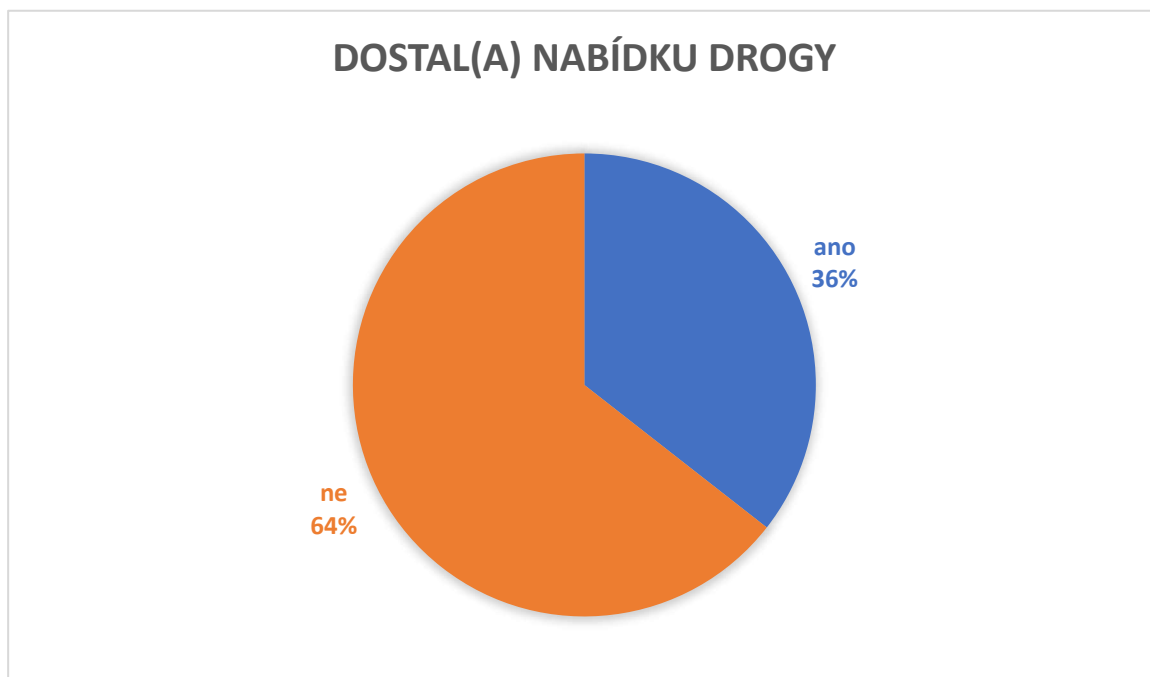
Žáků, kteří znali právní důsledky distribuce a držení drog bylo 38 (84 %), pouze 7 jich (16 %) o právních důsledcích nevědělo.



Graf č. 28 znázorňuje znalost zkoumaného vzorku žáků druhé základní školy právních důsledků distribuce a držení drog.

Otázka č. 12: Nabízel ti někdy někdo nějakou drogu? Odmítl jsi? Pokud ano, jak?

Počet žáků, kterým byla nabízena droga je celkem 16 (36 %), 4 z nich (8,9 %) uvedli, že drogu neodmítli, ostatní odmítli prostým „ne, nechci“ a 1 žák uvedl, že ze situace odešel bez řeči. Dalším 29 (64 %) droga nabízena nebyla.



Graf č. 29 znázorňuje, zda zkoumaný vzorek žáků druhé základní školy někdy dostal nabídku drogy.

Otázka č. 13: Co děláš, když se necítíš psychicky dobře? Máš něco, co ti pomáhá?

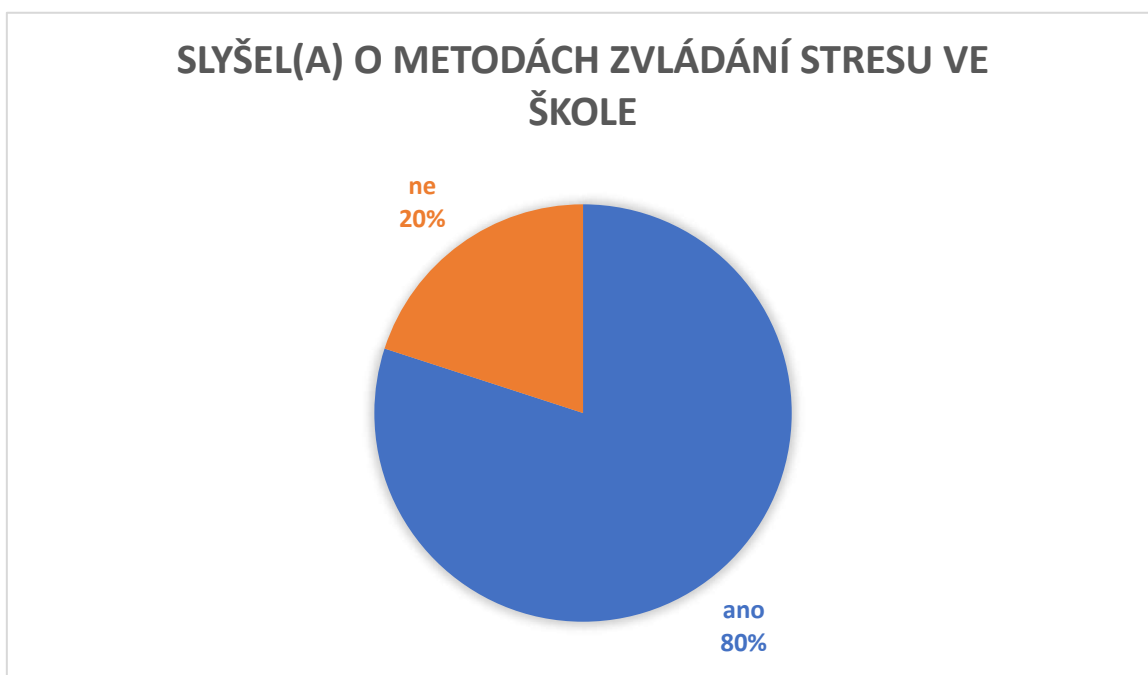
Osvojené techniky zvládnání stresu má podle odpovědí 25 žáků (56 %), nejčastějším způsobem, jakým si žáci ulevují, je sport, dále potom sociální kontakt, svěřují se přátelům či rodičům. 20 žáků (44 %) žádné metody nemá, 1 žák (2,2 %) uvedl, že se sebepoškozuje.



Graf č. 30 znázorňuje, zda má zkoumaný vzorek žáků druhé základní školy osvojené techniky zvládání stresu.

Otázka č. 14: Říkali vám ve škole o zdravém životním stylu a o metodách zvládání stresu?

O těchto metodách zvládání stresu se ve škole dozvědělo 36 žáků (80 %), ostatních 9 žáků (20 %) uvedlo, že o nich ve škole nikdy neslyšeli.



Graf č. 31 znázorňuje, zda zkoumaný vzorek žáků druhé základní školy slyšel o zdravém životním stylu a o metodách zvládání stresu ve škole.

Otázka č. 15: Chtěl(a) bys něco zlepšit na prevenci drog na své škole? Co by to bylo?

Závěrem by 15 žáků (33 %) chtělo zlepšit preventivní program na své škole, chtěli by o problematice více mluvit a více třídních hodin, navrhují, aby vedení školy více hlídalo, zda jsou žáci pod vlivem některé drogy a přísněji za to trestalo. Ostatních 30 žáků (67 %) je s programem spokojeno.



Graf č. 32 znázorňuje zájem zkoumaného vzorku žáků druhé základní školy zlepšit preventivní program.

3.7.3. Srovnání výsledků základních škol

Otázky:	První základní škola	Druhá základní škola
Věnuješ se nějaké mimoškolní aktivitě?	Ano 70,8 %	Ano 88,9 %
Víš, kdo je školním metodikem prevence na vaší škole?	Ano 10 %	67 %
Kdy poprvé jste se ve škole bavili na téma prevence drog?	V MŠ 9 %	V MŠ 0 %
	Na 1. stupni ZŠ 13 %	Na 1. stupni ZŠ 13 %
	Na 2. stupni ZŠ 78 %	Na 2. stupni ZŠ 87 %
Byla hodina interaktivní?	Ano 60 %	Ano 49 %
Kdo s vámi o drogách mluvil?	Učitel 29 %	Učitel 64 %
	Někdo z mimoškolní organizace 63 %	Někdo z mimoškolní organizace 36 %
	Obě varianty 8 %	Obě varianty 0 %
Dozvěděl(a) ses něco nového?	Ano 30 %	Ano 44 %
Myslíš si, že alkohol a tabák jsou drogy?	Ano 67 %	Ano 71 %
Vyzkoušel(a) jsi někdy alkohol nebo tabák?	Ano 81 %	Ano 51,1 %
S kým poprvé?	S rodinou 35,7 %	S rodinou 33,3 %
	S přáteli 23,8 %	S přáteli 13,3 %
	Sám 0 %	Sám 4,4 %
	Neurčeno 21,4 %	Neurčeno 0 %
Jaký máš názor na užívání drog:	Negativní 63 %	Negativní 69 %
	Neutrální 29 %	Neutrální 27 %
	Pozitivní 8 %	Pozitivní 4 %
Znáš někoho, kdo drogy pravidelně užívá?	Ano 45,8 %	Ano 44,4 %
Myslíš si, že distribuce a držení drog má nějaké právní důsledky?	Ano 83 %	Ano 84 %
Nabízel ti někdo někdy nějakou drogu?	Ano 52 %	Ano 36 %

Co děláš, když se necítíš dobře?	Má techniky zvládání stresu 54 %	Má techniky zvládání stresu 56 %
Říkali vám ve škole o zdravém životním stylu a o metodách zvládání stresu?	Ano 62 %	Ano 80 %
Chtěl(a) bys něco zlepšit na prevenci drog na své škole?	Ano 12 %	Ano 33 %

Tabulka č. 2 porovnává odpovědi výzkumného vzorku žáků první a druhé školy.

3.8. Diskuse

Cílem empirické části práce bylo porovnat základní znalosti žáků v oblasti drogové problematiky a úrovně protidrogové prevence na dvou základních školách a porovnat stanovené hypotézy.

První hypotézou bylo, že u žáků ze školy ve městě, kde je zvýšený výskyt rizikového chování narkomanie, není kladen takový důraz na protidrogovou prevenci, jako je tomu u žáků z oblasti s nižším výskytem tohoto rizikového chování. Tuto hypotézu podporuje fakt, že na první škole ví o školním metodikovi prevence pouze 10 % žáků, na druhé škole je to 67 %. Jsem toho názoru, že odpovědi reflektují kvalitu práce školního metodika prevence, který by měl být žáky znám a měli by k němu mít důvěru, aby se na něj neměli strach obrátit i v případě problémů. Podle vyhlášky MŠMT č.72/2005 Sb. by metodik prevence měl realizovat aktivity zaměřené na prevenci a sám vyhledávat žáky s rizikem sociálně patologických jevů a poskytovat jim poradenské služby či jinou péči. V důrazu na protidrogovou prevenci je mezi školami statisticky významný rozdíl na 1% hladině významnosti ($\chi^2=47,7$), hypotézu lze verifikovat.

Druhou hypotézou bylo, že žáci pocházející z rizikové oblasti mají více zkušeností s drogami než žáci, kteří z ní nepocházejí. Na první škole odpovědělo 81 % žáků, že alkohol či tabák někdy vyzkoušelo, na druhé škole to bylo 51 %, z čehož vyplývá významný statistický rozdíl na 1% hladině významnosti ($\chi^2=8,5$), hypotézu lze verifikovat.

Pro třetí a poslední hypotézu, že na škole, která se v rizikové oblasti nenachází, má více žáků negativní přístup k drogám nežli žáci z oblasti rizikové vychází výsledky výzkumu pro první školu na 63 % a pro druhou na 69 %. Hypotézu musím falsifikovat, jelikož zde mezi školami žádný statisticky významný rozdíl není ($\chi^2=0,4$).

Dalším rozdílem mezi školami bylo trávení volného času žáky, v první škole v menším městě se věnovalo mimoškolní aktivitě 70,8 % žáků, ve druhé škole ve větším městě to bylo 88,9 % žáků. I zde je mezi žáky statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti. ($\chi^2=4,7$). Ve zbývajících otázkách se školy příliš nelišily.

Limitem výzkumného šetření spatřuji přítomnost pedagogů při vyplňování dotazníků, žáci byli upozorněni na anonymitu, ale přes to mohla jejich přítomnost ovlivnit odpovědi žáků. Druhý limit se týká malého souboru respondentů, kteří byli pouze z jedné oblasti, pro objektivnější výsledek by zkoumané vzorky žáků měly být z různých oblastí daného kraje a obsahovat objemnější vzorek žáků.

Závěr

Téma protidrogové prevence na základních školách je podle mého názoru zpracováno kvalitně v teoretickém rámci, koncepce primární prevence rizikového chování, návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu a manuály pro jeho tvorbu jsou obsáhlé a konkrétní. Na základě těchto dokumentů je možné zpracovat kvalitní minimální preventivní program pro základní školy. Jeho zavádění v praxi je ale bohužel nedostačující. Programy primární prevence jsou podfinancovány, jejich zpracovávání je kompetencí školního metodika prevence, jehož pozici zastává školený pedagog, který preventivní činnost dělá nad rámec svých učebních povinností, bez jakýchkoliv úlev pouze za nízký finanční příspěvek. Nejsou tedy dostatečně motivováni a k odvádění kvalitní preventivní práce jim nejsou zajištěny adekvátní podmínky, to se ostatně projevilo i na výsledcích dotazníkového šetření, kdy na první škole znalo školního metodika prevence pouze 10 % žáků. Také poměrně velká část žáků (37 % na první základní škole, 31 % na druhé základní škole) má pozitivní a neutrální vztah k drogám, který podle mého názoru vychází také z toho, že žáci nejsou dostatečně obeznámeni se základními informacemi o drogách a drogové závislosti, například v důsledcích užívání drog na lidské tělo nebo s právními předpisy.

Protože si první škola přála zůstat v anonymitě, neuváděla jsem název ani druhé školy, ta si ovšem na rozdíl od školy první vedla poměrně lépe v realizaci preventivního programu, již při vyplňování dotazníků žáci kladli věcné otázky a se zájmem se doptávali. Také školní metodik prevence mne na druhé škole oslovil s prosbou, zda bych mu zpracovala dokument s výsledky dotazníkového šetření, podle kterých by mohl sestavit minimální preventivní program na nadcházející školní rok.

Předpokládám, že primární prevence bude v budoucnu lépe finančně zabezpečena a bude na ni kladen větší důraz. Také v pozici sociálního pedagoga vidím jistý přínos pro prevenci v adiktologii i v prevenci obecně, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy podporuje posílení jeho pozice ve své strategii vzdělávací politiky ČR ve Strategii 2030+. Zřízením jeho pozice by školy měly možnost také ulevit již zmíněnému školnímu metodikovi prevence, který by sociálnímu pedagogovi mohl přenechat celkovou preventivní činnost. Sociální pedagog by díky sociálnímu vzdělání měl možnost lépe pracovat s žáky i jejich rodinami.

Seznam použité literatury

Odborná literatura:

1. DOLEŽAL, X. J. *Jak se berou drogy*. Praha: Formát, 1998. ISBN 80-86155-11-0.
2. FIŠEROVÁ, Magdaléna. Neurobiologie závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
3. FROUZOVÁ, Magdalena. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
4. GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.
5. HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
6. HRDINA, Petr. Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
8. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-74-3.
9. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP, 1997.
10. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999, s. 8-11.
11. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
12. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica. ISBN 80-85800-18-7.

13. ŘEHULKA, Evžen et al. *Prevence závislostí ve škole*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-077-7.
14. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206965.

Právní předpisy:

15. Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník.

Další elektronické zdroje:

16. *Co je prevence* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 16.1.2019 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>.
17. Collaborative Studies on the Genetics of Alcoholism (COGA). *How do genes influence the risk for alcohol problems?*. [online]. [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <https://cogastudy.org/aud/genes-in-aud/>.
18. LEJČKOVÁ, Pavla. Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. *Zaostřeno na drogy* [online]. Praha: Úřad Vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4614/872/Zaostreno_2006-01_primarni%20prevence_v02.pdf.
19. MINAŘÍK, Jakub. Drogová poradna. *O drogách obecně. Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky*. [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.
20. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Národní strategie primární prevence rizikového chování na rok 2019–2027* [online]. [cit. 2023-04-29]. Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf¹
21. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek*. Praha, 2005.
22. Národní pedagogický institut České republiky. *Školní metodik prevence* [online]. 2018 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-pedagog/1809-skolni-metodik-prevence>.
23. Národní pedagogický institut České republiky. *Školní poradenské pracoviště* [online]. 2018 [cit. 2023-04-02]. Dostupné z: <http://www.inkluzevpraxi.cz/kategorie-reditel/1149-povinnosti-skolniho-poradenskeho-pracoviste>.

24. Národní zdravotnický ústav. *Abstinenční syndrom*. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2199>.
25. Národní zdravotnický ústav. *Závislost: co to je?*. Národní zdravotnický informační portál [online]. [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>.
26. NEŠPOR, Karel. *Craving (bažení) u návykových nemocí - jeho význam a léčba*. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/08.pdf>
27. PECINOVÁ, Olga. *Delirium u závislosti na návykových látkách*. In: *Neurologie pro praxi* [online]. 2011 [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/06.pdf>
28. Pražské centrum primární prevence. *Manuál pro tvorbu minimálního preventivního programu* [online]. Praha, 2010 [cit. 2023-04-27]. Dostupné z: https://docplayer.cz/160435-Prazske-centrum-primarni-prevence-manual-pro-tvorbu-minimalniho-preventivniho-programu.html?fbclid=IwAR2okOe2YAsw3G8WuoBXmlMZDoHlpFJFOLIpDFLq-Hr_qRh3ZIsGgFcqE98.
29. *Rozdělení primární prevence* [online]. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, 16.1.2019 [cit. 2023-04-03]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/rozdeleni-primarni-prevence>.

Ostatní zdroje:

30. RŮŽIČKOVÁ, Jaroslava, policejní instruktorka [ústní sdělení]. Kostelní Lhota, 30.3.2023.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník k empirické části

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník k empirické části

Protidrogová prevence na základních školách

Milí žáci, dotazník, který se chystáte vyplnit bude sloužit ke tvorbě bakalářské práce na téma protidrogové prevence na základních školách. Skládá se z celkem 16 otázek. Otázky jsou uzavřené s možnostmi odpovědí, kdy lze označit více správných odpovědí, či otevřené k doplnění vlastní odpovědi. Cílem dotazníku je zjistit, jak probíhá preventivní program na školách. Jeho odpovědi jsou zcela anonymní.

Děkuji Vám za Váš čas.

Natálie Kurková

Husitská teologická fakulta Univerzity Karlovy

1. Jsi dívka nebo chlapec? (označte jednu odpověď)

- Chlapec
- Dívka

2. Věnuješ se nějaké mimoškolní aktivitě? Pokud ano, jaké?

3. Víš, kdo je školním metodikem prevence na vaší škole?

4. Bavili jste se ve škole někdy na téma prevence drog? Pokud ano, kdy poprvé? (označte jednu odpověď)

- Ano, v mateřské škole
- Ano, na prvním stupni základní školy
- Ano, na druhém stupni základní školy
- Ne, nebavili

5. Pokud ano, byla tato hodina interaktivní? Zapojovali jste se do diskuze? Zkoušeli jste si například, jak drogu odmítnout? (označte jednu odpověď)

- Ano, byla interaktivní
- Ne, byla to pouze přednáška

6. Pokud ano, kdo s vámi o drogách mluvil? (označte všechny platné odpovědi)

- Učitel
- Někdo z mimoškolní organizace

7. Pokud ano, dozvěděl(a) ses něco nového? Co?

8. Myslíš si, že alkohol a tabák jsou drogy? (označte jednu odpověď)

- Ano, jsou
- Ne, nejsou

9. Vyzkoušel(a) jsi někdy alkohol nebo tabák? Pokud ano, s kým poprvé?

10. Jaký máš názor na užívání drog?

11. Myslíš si, že distribuce a držení drog má nějaké právní důsledky? (označte jednu odpověď)

- Ano, má
- Ne, nemá

12. Znáš někoho, kdo drogy pravidelně užívá? (označte všechny platné odpovědi)

- Ano, někdo z rodiny
- Ano, někdo z přátel
- Ne, neznám

13. Nabízel ti někdy někdo nějakou drogu? Odmítl(a) jsi? Pokud ano, jak?

14. Co děláš, když se necítíš psychicky dobře? Máš něco, co ti pomáhá?

15. Říkali vám ve škole o zdravém životním stylu a o metodách zvládnání stresu? (označte jednu odpověď)

- Ano, říkali
- Ne, neříkali

16. Chtěl(a) bys něco zlepšit na prevenci drog na své škole? Co by to bylo?