

KARLOVA UNIVERZITA
3. lékařská fakulta

Bakalářská práce

**Postoje žáků základních škol k preventivním aktivitám a
programům pořádaným na škole**

**Attitudes of the grammar school students toward preventive
activities and programs provided at schools.**

**Vedoucí bakalářská práce: Doc. MUDr. Hana Provazníková, Csc.
Vypracovala: Iлона Křížková
Praha 2008**

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Postoje žáků základních škol k preventivním aktivitám a programům pořádaným na škole“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu přiložené literatury.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní Doc. MUDr. Haně Provazníkové, Csc. za odbornou pomoc a vedení při zpracování této bakalářské práce. Současně děkuji všem za užitečné informace, s nimiž jsem v průběhu tvorby bakalářské práce spolupracovala.

Obsah:

1. Souhrn.....	5
2. Obecná část.....	6
2.1. Prevence	6
2.1.1. Primární prevence.....	8
2.1.2. Sekundární prevence	11
2.1.3. Terciární prevence	11
2.1.4. Priority specifické primární prevence resortu školství na rok 2008.....	11
2.1.5. Organizační systém primární prevence v ČR.....	14
2.1.6. Zdraví 21	16
2.1.6.1. Cíl 4: Zdraví mládeže	16
2.1.6.2. Cíl 9: Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy	17
2.1.6.3. Cíl 11: Zdravější životní styl	17
2.1.6.4. Cíl 12: Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem	18
2.2. Základní informace o sociálně patologických jevech.....	19
2.2.1. Alkohol, tabák a drogy (návykové látky).....	19
2.2.2. Šikana	22
2.2.3. Zvládání školní zátěže	24
2.2.4. Poruchy příjmu potravy	26
2.2.5. Hazardní a počítačové hry	27
2.2.6. Komerční sexuální zneužívání dětí, týrání dětí	28
3. Cíl mé práce.....	29
4. Metodika.....	29
4.1. Dotazník	29
5. Analýza výsledků	34
6. Závěr.....	39
7. Seznam použité literatury:	40

1. Souhrn

Tématem mé bakalářské práce je „prevence“ na základních školách. Vybrala jsem si dvě základní školy v městě Kouřimi a Zásmukách, kde jsem rozdala dětem šestých a devátých tříd dotazníky s dvaceti otázkami týkající se „prevence“. V dotazníku jsem se především zaměřila na to, abych zjistila, na jaké téma výuka probíhala a kolik času jí bylo věnováno. A samozřejmě jsem také chtěla zjistit, jaké poznatky si děti ze školy odnáší. Dále jsem se v této práci zaměřila na hlavní rizika, která tento školní věk přináší a dá se jim velmi dobře včasnou výukou prevence zabránit.

Abstract

The topic of my bachelor thesis is „Prevention at primary schools“. The two primary schools - in Zasmuky and Kourim towns has been chosen for my work. At the beginning I made a survey via questionnaire concerning the prevention among children from sixth and ninth classes. My goal of that part was to find out how lessons with this topic were led, how much time was put in and what kind of knowledge do pupils get of them. In the next part of my thesis I have focused on main risks related to children in this age that are easily preventable by early education.

2. Obecná část

2.1. Prevence

Podle všeobecného pojetí znamená prevence předcházení, zamezení vzniku nemoci nebo nežádoucího jevu. Dělí se na primární, sekundární a terciární. Prevence primární se dále dělí na prevenci nespecifickou a specifickou. Metody prevence se opírají o metody psychologické, pedagogické, sociologické, ale i o metody politiky, reklamy a marketingu. Dá se říci, že prevence má multidisciplinární charakter. (1)

Cíle prevence se různí podle toho, zda se jedná o prevenci primární, sekundární nebo terciární. Cílem primární prevence v nejobecnějším pojetí je zamezení vzniku nežádoucího jevu, ke kterému se prevence vztahuje. Případně minimalizace tohoto jevu, pokud již nastal. Dosažení základního cíle primární prevence se děje stanovováním různých „mezicílů“, které by k tomuto stavu měly směřovat. Velmi často se pracuje v projektech s rizikovými faktory osobnosti vztahujícími se k pravděpodobnosti vzniku nežádoucího chování. Lze se setkat s cíli jako je zvýšení sebevědomí u cílové populace, zvýšení komunikačních dovedností či dosažení dovedností odmítat nabízené nežádoucí chování apod. Při jejich posuzování je vždy důležité vycházet z kritéria jejich dopadu a z jejich možnosti ovlivnit postoje a chování cílové populace. (1)

Většina finančních prostředků na primární prevenci je poskytována na základě projektů předkládaných do výběrových řízení. Projekty jsou obvykle připravovány podle dané osnovy donátora. Přes různé pojetí se dají určit alespoň základní body, které by měl každý projekt obsahovat. Je to: název projektu, všechny údaje identifikující předkladatele, příjemce grantu, stejné údaje o realizátorovi projektu, odborném garantovi nebo supervizorovi. Projekt dále musí obsahovat: jasnou definici cíle a cílové skupiny, kvantifikaci cílové skupiny, zdůvodnění důležitosti a potřeby projektu spojené s přehledem dosavadního vývoje problematiky, metody a postupy použité v programu, způsoby hodnocení efektivity, časový harmonogram provádění a podrobný rozpočet. (1)

Prevence sociálně patologických jevů je na základních školách zajišťována, jak už jsem se zmínila experty či přímo vyučujícím, který se orientuje v dané problematice. Nejenom na tomto základě mohou být děti informovány, ale i díky tomu že poskytování poradenských služeb je uloženo školským zákonem a specifikováno vyhláškou č.72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která je prováděcím předpisem k tomuto zákonu.

Tyto předpisy nově zavedly možnost zajišťovat poskytování poradenských služeb v základních, středních a vyšších odborných školách i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem a zdůraznily nutnost týmové práce při poskytování poradenských služeb ve škole. Cílem je zkvalitnění sociálního klimatu ve školách, integrace vzdělávací, informační a poradenské složky kariérového poradenství, posílení primárně preventivních činností a podmínek pro včasnou intervenci a zkvalitnění vzdělávací a poradenské práce školy. Zdůrazňuje činnost školních psychologů a školních speciálních pedagogů na těchto školách a rozsáhlá metodická a vzdělávací podpora práce školních poradenských pracovišť. (1)

Základní činností a kompetencí především školních speciálních pedagogů je:

- Vytváření vhodných podmínek pro zdravý psychický, sociální a tělesný vývoj dítěte předškolního věku, žáka a studenta a rozvoj jeho osobnosti před započítím a v průběhu vzdělávání.
- Naplňování potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmu žáka.
- Prevenci řešení výukových a výchovných obtíží, sociálně patologických jevů.
- Vytváření vhodných podmínek pro integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Rozvíjení pedagogicko-psychologických znalostí a profesních dovedností učitelů a ostatních pedagogických pracovníků. (6)

Důležitým prvkem ochrany před sociálně patologickými jevy je výchova ke zdravému způsobu života. Cílem výchovně vzdělávacího působení je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku a schopnostem. Dovednosti a kvality pozitivního zdravého životního stylu musí být nedílnou součástí procesu výchovy a vzdělávání. (1)

Existují programy na podporu aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT. Mají napomoci zejména výchově dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti, k výchově ke zdravému způsobu života (ke zlepšení sociálního klimatu) ve školách a školských zařízeních, v rodinách a jiných společenstvích na regionální i celostátní úrovni. (1)

Cílem projektů by mělo být osvojení základních kompetencí v oblasti zdravého životního stylu, kde prevence sociálně patologických jevů hraje jednu z důležitých rolí a rozvoj dovedností, které vedou u dětí a mládeže k odmítání všech forem sebezdravosti, projevům agresivity a porušování zákona. Projekty by měly přispívat k optimalizaci sociálního klimatu a

ke změně postojů a chování pedagogů, žáků a rodičů ve škole ve prospěch nácviků sociálních dovedností souvisejících se zdravým životním stylem. (1)

Teoreticky je prevence považována za nejúčinnější a nejlevnější řešení, ale v praxi bohužel bývá kladen důraz nejvíce na represi problému, nežli na prevenci. (1)

2.1.1. Primární prevence

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

Např. cílem primární prevence užívání návykových látek je, aby co nejméně lidí mělo problémy s drogami. Je určena lidem, kteří drogy zatím neberou, ale mohli by v budoucnosti začít. Je to vlastně téměř celá populace dětí. Prevenci lze obecně rozdělit na tzv. nespecifickou a specifickou primární prevenci.

- specifická prevence

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

Existují specifické primárně-preventivní programy, které se explicitně zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet konkrétnímu problému. Právě jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických. Nespecifické programy v tomto smyslu nelze vztahovat k určitému fenoménu, jehož výskytu se program snaží předcházet (působí obecně, nespecificky). Specifičnost programů je dále dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jeví se jako ohroženější či rizikovější než skupiny jiné. Není (ekonomicky ani odborně) smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u nichž předpokládáme vyšší pohotovost k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.). (1)

- nespecifická prevence

Nespecifická prevence má své místo v širokém pojetí primární prevence a jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. V krátké historii primární prevence v České republice

došlo několikrát k výraznému přeceňování, stejně tak jako k podceňování nespécifické prevence. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování. Znamená to, že mají určitý obecný protektivní potenciál. Patří sem programy zaměřené na zlepšení životního stylu, programy vedoucí k lepší organizaci a využívání volného času. (1)

Pro děti a mládež existují programy primární prevence, které mají v současné době širokou škálu podob.

Z hlediska cílové populace je můžeme dělit na:

- a) Komplexní, které pracují s dětmi, studenty, pedagogy, rodiči, s institucemi a veřejností.
- b) Populačně cílené, které nepracují s celou populací, ale jen s její částí v rámci určitého systému.
- c) Populačně náhodné pracující na základě nabídky a poptávky, kdy na jedné straně organizace nabízí program a na druhé straně si ho zadavatel objednává bez větších ohledů na potřeby populace.

Z hlediska časovosti programů je lze rozdělit na:

- a) **Programy s dlouhodobým působením**, kde není důležité, jak dlouho organizace daný program realizuje, ale jak dlouho konkrétní děti tímto programem procházejí. Konkrétně sem spadají tyto programy:

Dlouhodobý program pro předškolní věk

Tento program je pojat v celkovém kontextu podpory zdraví a rámcově navazuje na běžně používané výchovné činnosti předškolních zařízení. Jednotlivé kapitoly setkání s dětmi jsou následující: Co je to zdraví. Hygiena. Výživa. Rostliny a my. Alkohol. Pohyb. Kouření. Drogy. Vztahy k ostatním.

Dlouhodobý program v raném školním věku

Program by měl doplňovat a rozvíjet danou problematiku na 1. stupni ZŠ. Jednotlivé kapitoly jsou v podstatě totožné s předškolní výchovou, ale jejich obsah je lehce náročnější, vzhledem k věku dětí.

Dlouhodobý program pro 4. - 5. třídy.

Program je zaměřen na to, proč lidé berou drogy, co je lepším řešením, na jednoduché objasnění vzniku závislosti a účinků a následků základních typů drog bez toho, že bychom se prvoplánově zabývali jednotlivými drogami a jejich názvy. Důležitou částí je nácvik reakcí na nebezpečné situace, včetně schopností odmítat nabídku.

Dlouhodobý program pro 2. stupeň základních škol

Rozšiřuje a podrobněji vysvětluje bloky pro předcházející věkové skupiny. Dává více do souvislostí bezprostřední účinky drog s dlouhodobými následky jejich zneužívání, zmiňuje různé druhy pomoci závislým, včetně seznámení se zařízeními, kde je možné pomoc vyhledat. Důraz je kladen též na témata, jako jsou mezilidské vztahy, řešení problémů, poznání sebe sama, komunikace apod. Přesná náplň musí vždy odrážet skutečný stav vědomostí a postojů v jednotlivých třídách, protože jejich úroveň bývá v různých lokalitách odlišná.

Program pro střední školy

Program se zabývá nabídkou alternativních forem jednání. Nabízí orientaci ve složitých životních situacích, kterými jednotlivci v náročné době dospívání prochází.

- b) **Krátkodobé a jednorázové programy (nárazové)**, většinou v rozsahu hodin rozložených do několika dnů, popř. jednorázová hodinová až tříhodinová aktivita.

Tyto jednorázové preventivní programy lze rozdělit do dvou kategorií:

- 1) přednáška a beseda
- 2) komponovaný pořad

Přednášky a besedy realizuje buď dvojice lektorů nebo jeden lektor v časovém rozpětí do dvou vyučovacích hodin, většinou pro jednu třídu, ale někdy i pro více tříd dohromady.

Při těchto akcích jsou nabízeny nejčastěji následující přístupy:

- Lektori přijdou jako „experti“. Přednesou přednášku a pak dají dětem prostor k otázkám a diskusi.
- Lektori se snaží o aktivní zapojení dětí v průběhu celé akce pomocí různých „psychohrátek“.

Komponované pořady využívají kromě mluveného slova přednášejících a diskuse také promítání filmů, dramatických či hudebních vstupů a her diváků. Do této kategorie lze zařadit i samostatný dramatický útvar.

Tyto pořady lze rozdělit do následujících skupin:

1. Promítání filmu (buď naučného nebo více publicistického), po něm následuje beseda nebo jen odpovědi na dotazy.
2. Film a dotazy, ale proložené hudebním vystoupením známého interpreta nebo vystoupením známé osobnosti třeba z oblasti sportu.
3. Film, dotazy, hudba + aktivní zapojení posluchačů přehráváním různých situací a jejich řešení.

Komponované pořady se připravují pro všechny věkové kategorie od 1. tříd ZŠ až po střední školy. Realizace těchto jednorázových programů je často kritizována, protože nesplňují základní kritérium dlouhodobosti a všestrannosti. Jsou-li doplňkem dlouhodobé prevence, není nutné pohlížet na ně skepticky. (1)

2.1.2. Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je zmírnit následky nežádoucího jevu, případně zabránit škodám, které mohou vzniknout následkem tohoto jevu. Sekundárně preventivní aktivity mají co nejvíce zabránit zdravotním, psychickým, sociálním i ekonomickým škodám. (1)

V tomto pojetí je sekundární prevence pouze názvem pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. (1)

2.1.3. Terciární prevence

Hlavním cílem této prevence je zabránit relapsu nežádoucího jevu a zároveň usnadnit návrat do normálního života (tzv. resocializace). (1)

2.1.4. Priority specifické primární prevence resortu školství na rok 2008

- Vzdělávání pedagogů v oblasti prevence sociálně patologických jevů, životního stylu a tvorby pozitivního sociálního klimatu ve školách.
- Kooperace mezi školami regionu (spolupráce v oblasti vzdělávací, metodické a strategické v rámci prevence, realizace stáží a výměn zkušeností).

- Kooperace na úrovni regionů (účast na komunitním projektu „Zdravé město“ a „Zdravý region“ apod.); tyto programy zabývající se komplexně problematikou rizikových faktorů využívají propojení jednotlivých typů komunitních programů s cílem pozitivně ovlivňovat zdravý způsob života populace.
- Projekty zaměřené na práci s národnostními menšinami.
- Projekty zaměřené na včasnou intervenci v oblasti specifické primární prevence.
- Vzdělávací projekty a aktivity zaměřené na oblast specifické primární prevence.
- Projekty zaměřené na analýzu příčin komerčního sexuálního zneužívání dětí.
- Projekty kontinuální práce s rodiči a monitorování situace mimo školu (rodičovské skupiny, vliv rodičů na specifickou primární prevenci).
- Projekty zaměřené na podporu práce školních metodiků prevence a metodiků prevence pracujících v pedagogicko-psychologických poradnách.
- Projekty specifické primární prevence realizované ve školách a školských zařízeních zaměřené na práci s rizikovou populací (projekty zaměřené na problematiku prevence užívání návykových látek, šikany, násilí, domácího násilí, komerčního sexuálního zneužívání apod.).
- Projekty zaměřené na zvyšování právního vědomí v oblasti specifické primární prevence sociálně patologických jevů a specifické primární prevence užívání návykových látek.
- Projekty zaměřené na prevenci užívání legálních drog (alkohol, tabák, medikamenty). (1)

S nástupem do základní školy si děti velmi záhy začínají ve třídě vytvářet svou vlastní „subkulturu“, na níž jsou učitelé někdy více a někdy méně napojeni. V některých případech mohou být tyto podskupiny zárodkem asociálních part, a to už i u dětí na prvním stupni ZŠ.

Proto musí být preventivní výchovně vzdělávací působení neoddělitelnou součástí výuky a života základních škol a školských zařízení. Je nutné vyvarovat se zjednodušeného pojetí zdravého životního stylu, kdy učitel vybere několik „žhavých“ témat a ta probere. Není dostatečně účinné preventivní aktivity realizovat pouze jako volnočasové aktivity organizované školou či školským zařízením a nebo nejrůznějšími formami mimoškolní činnosti (sportovní kluby, střediska volného času apod.). Každodenní život školy musí mít takovou kvalitu, aby dětem umožňoval osvojit si kompetence zdravého životního stylu, které jsou nejučinnějším preventivním nástrojem.

Při diagnostice rizik pro možný výskyt sociálně patologických jevů u jednotlivých dětí ve škole a školském zařízení, je nutné analyzovat osobnost jedince, společenské vlivy formující

osobnost, konkrétní sociální situaci dítěte, biologické (genetické) předpoklady a osvojení si základních ochranných kompetencí. (1)

Základními kompetencemi prevence v rámci podpory zdraví a zdravého životního stylu jsou:

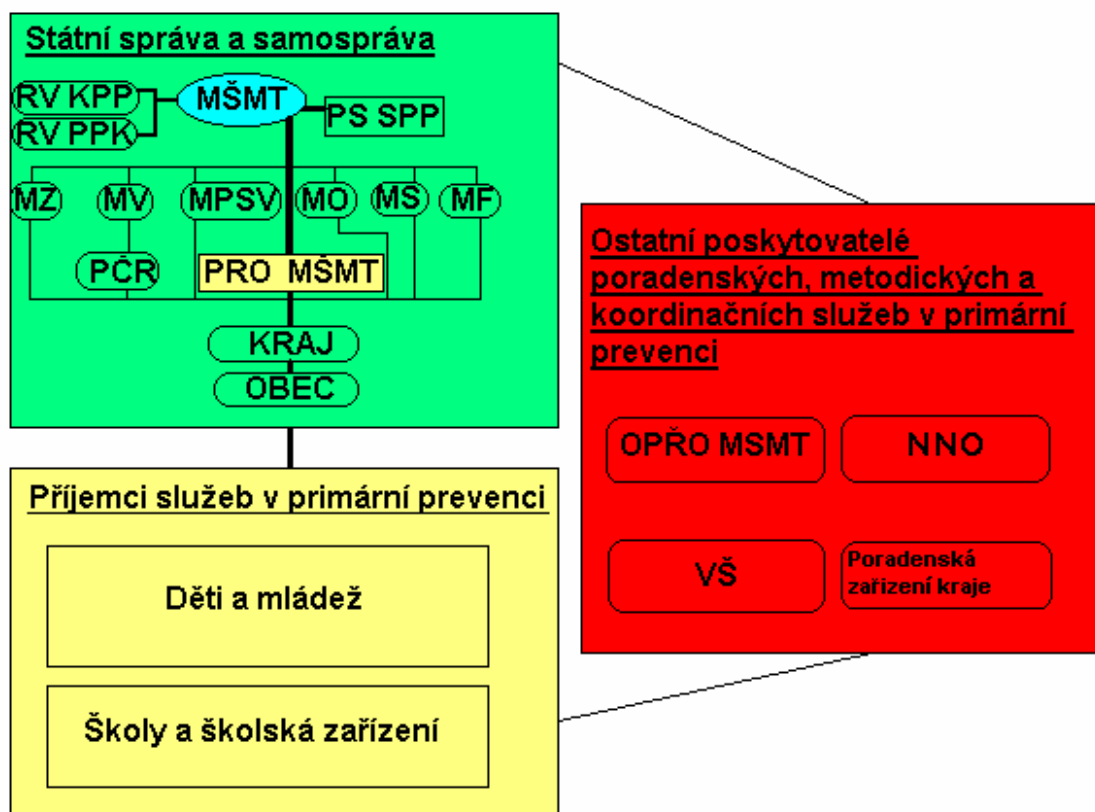
- Zvyšování sociální kompetence – rozvíjení sociálních dovedností, které napomáhají efektivní orientaci v sociálních vztazích, odpovědnosti za chování a uvědomění si důsledků jednání.
- Posilování komunikačních dovedností – zvyšování schopnosti řešit problémy, konflikty, adekvátní reakce na stres, neúspěch, kritiku.
- Vytváření pozitivního sociálního klimatu – pocitu důvěry, bez nadměrného tlaku na výkon, zařazení do skupiny, práce ve skupině vrstevníků, vytvoření atmosféry pohody a klidu, bez strachu a nejistoty.
- Formování postojů ke společensky akceptovaným hodnotám – pěstování právního vědomí, mravních a morálních hodnot, humanistické postoje apod. (1)

Dovednosti, znalosti a postoje, které si žáci osvojí, musí korespondovat s věkem a navazovat na předchozí zkušenosti. Formy vzdělávání a výchovy musí zohledňovat životní styl rodiny i působení vrstevníků. U nejmenších dětí je potřebná spolupráce s mateřskými školami. K osvojení preventivních ochranných kompetencí je třeba zpracovat konkrétní témata prevence do vzdělávacího procesu, ale zejména pak dbát na osobnostní asociální rozvoj a výcvik v sociálních dovednostech. V oblasti znalostní se jako optimální jeví využití podnětů otevřené výuky, která je zároveň využitelná i k aktivnímu sociálnímu učení. Projektová výuka, kdy je vytvářen na úrovni třídy určitý projekt, podle kterého se dále pracuje. Integrované tematické vyučování ve smysluplných celcích za aktivní účasti žáků (výuka v tematických celcích, blocích nebo etapách). Kooperativní vyučování s co největší participací dětí, při využití kritického myšlení, samostatné učební práce žáků a svobodné tvůrčí práce dětí. Dětem umožní přímou zkušenost, komunikaci a spolupráci. Uvedené přístupy jsou učení prožitkem, které je důležité v každém věku (a zejména na prvním stupni v základní škole). (1)

2.1.5. Organizační systém primární prevence v ČR

Na horizontální úrovni ministerstvo aktivně spolupracuje s věcně příslušnými resorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo obrany) a nadresortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra – v těchto orgánech jsou zastoupeny všechny věcně příslušné resorty). Meziresortní spolupráce bude rozšířena v letošním roce o Ministerstvo financí a Ministerstvo spravedlnosti.

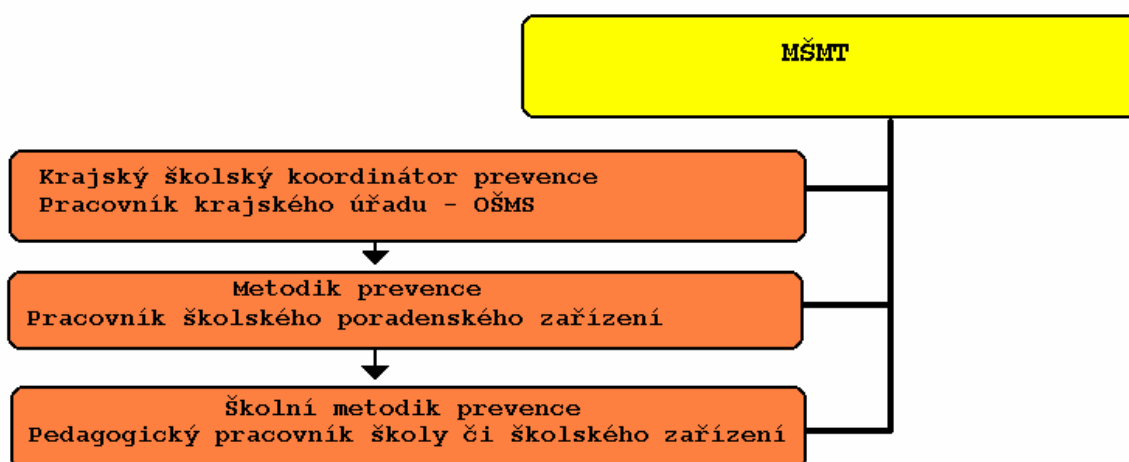
V rámci této úrovně byly ustanoveny při ministerstvu: Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů složená ze zástupců věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol, přímo řízených organizací ministerstva a vybraných odborníků na danou problematiku. Cílem těchto pracovních skupin je spolupráce, sjednocení přístupů a koordinace činností v dané oblasti napříč resorty. (1)



Vysvětlivky k použitým zkratkám:

RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK - Republikový výbor pro prevenci kriminality
MŠMT - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŘO - Přímo řízené organizace
MŠMT OPŘO - Ostatní přímo řízené organizace MŠMT*
PS SPP - Pracovní skupina specifické primární prevence
MO - Ministerstvo obrany
MV - Ministerstvo vnitra
MZ - Ministerstvo zdravotnictví
MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí
MF - Ministerstvo financí
MS - Ministerstvo spravedlnosti
NNO - Nestátní neziskové organizace
VŠ - Vysoká škola

Na vertikální úrovni ministerstvo metodicky vede a koordinuje síť koordinátorů, tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních). (1)



2.1.6. Zdraví 21

Základní přístup k problematice zdraví je vymezen také programem „ZDRAVÍ 21 - zdraví pro všechny v 21. století“ (Health 21 – health for all in 21st century). O tomto programu se zmiňuji záměrně, protože některé jeho cíle jsou velmi úzce spjaty s prevencí patologických jevů u dětí a mládeže. Tento program byl připraven z iniciativy WHO za účasti představitelů jednotlivých členských států a za přispění mnoha předních odborníků. Program byl projednáván vládou České republiky dne 30. října 2002 – usnesení vlády č. 1046.

Hlavní strategie je pak rozpracována do 21 cílů. Konkrétně bych chtěla zmínit ty cíle, o kterých si myslím, že jsou z hlediska zaměření mé práce nejdůležitější.

2.1.6.1. Cíl 4: Zdraví mládeže

Tato část se zabývá tím, co ovlivňuje zdraví během dětství, dospívání a v období mezi zahájením školní docházky a vstupem na pracovní trh. Pozornost je věnována i takovým procesům, jako je osvojování sociálních a zdravotních návyků, puberta a přijímání společenské odpovědnosti. Do roku 2020 by měli mladí lidé v evropském regionu být zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti.

Konkrétně:

- Děti a dospívající mládež by měla být způsobilější ke zdravému životu a měla by získat schopnost dělat rozhodnutí vedoucí ke zdraví.
- Počet úmrtí a mladých zdravotně postižených lidí v důsledku násilí a nehod by se měl snížit alespoň o 50%.
- Měl by se podstatně snížit podíl mladých lidí, kterým jsou vlastní škodlivé formy chování, k nimž patří konzumace drog, tabáku a alkoholu.
- Případy těhotenství u dospívajících dívek by se měly snížit alespoň o jednu třetinu. (7)

Aktivity škol ke splnění úkolu:

- ✓ Prohlubovat systém vzdělávání a výchovy k zodpovědnosti za zdraví.
- ✓ Pokračovat v systematické prevenci násilí a šikany ve školách a školských zařízeních.
- ✓ Pokračovat ve vytváření podmínek pro volnočasové aktivity mládeže různého zaměření se specifickým zaměřením na sportovní aktivity. (8)

2.1.6.2. Cíl 9: Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy

Úrazy jsou závažným problémem nejen z hlediska zdravotnického, ale i humánního a ekonomického. Patří k nejzávažnějším příhodám trvale měnícím zdravotní stav početné části populace. Většina úrazových dějů je předvídatelná a tudíž preventabilní. Zkušenosti především ze severních evropských států dokazují, že lze úrazovou incidenci a mortalitu výrazně snížit. Do roku 2020 by v evropském regionu měly trvale a výrazně klesat počty ranění, postižení a úmrtí, která jsou důsledkem nehod a násilných činů.

Konkrétně:

- Počty smrtelných a vážných zranění v důsledku dopravních nehod by se měly snížit alespoň o 30%.
- Počty úmrtí a vážných úrazů na pracovišti, doma a při rekreační činnosti by se měly snížit nejméně o 50%, největší snížení by mělo nastat v těch zemích, kde jsou současné počty nehod s následkem smrti nejvyšší.
- Úmrtí následkem domácího násilí, násilí orientovaného na opačné pohlaví a organizovaného zločinu, stejně jako zdravotní důsledky takto vzniklých zranění by se měly snížit alespoň o 25 %. (7)

Aktivita škol ke splnění úkolu:

- ✓ V programu školní dopravní výchovy klást větší důraz na výcvik v reálné situaci.
- ✓ Vybudovat systém výchovy k poskytování první pomoci. (8)

2.1.6.3. Cíl 11: Zdravější životní styl

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života – v rodině, škole, volnočasových aktivitách aj. Na neuspokojivém zdravotním stavu se podílí nevhodná skladba výživy (nadměrný energetický přívod, převaha živočišných tuků, jednoduchých cukrů, soli, stále ještě nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny a ovoce), i když v poslední době došlo ke změnám ve spotřebě potravin, které je možno pokládat za pozitivní. Většina české populace nesplňuje doporučenou úroveň pohybové aktivity, což způsobuje časté vady držení těla, podílí se na vzniku mnoha chronických

neinfekčních onemocnění (obezity, kardiovaskulární nemoci, diabetu druhého typu, osteoporózy aj.) Do roku 2015 by si lidé měli osvojit zdravější životní styl.

Konkrétně:

- Zásadně by se měla zvýšit odpovědnost za zdravější chování v oblasti výživy, tělesné aktivity a sexuálního života.
- Měla by se zvýšit nabídka, cenová dostupnost a dosažitelnost bezpečných a zdravých potravin. (7)

Aktivity škol ke splnění úkolu:

- ✓ Zabezpečit příjem zdravotně nezávadných potravin zvyšováním znalostí zaměstnanců v oblasti školního stravování.
- ✓ Zlepšit stav pohybového aparátu mládeže a za tím účelem zavést v ZŠ nové vzdělávací standardy „Člověk a zdraví“ orientované na školní tělesnou výchovu.
- ✓ Zvýšit úroveň informovanosti učitelů – pravidelné semináře, sledování nových trendů v prevenci poruch pohybového aparátu dětí.
- ✓ Tělesnou výchovu zaměřit především na všestranný a zdravý tělesný vývoj. (8)

2.1.6.4. Cíl 12: Snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem

V ČR neexistuje moderně pojatý zákon, který by poskytl komplexní legislativní rámec pro účinné snižování škod způsobených kouřením. Přetrvává oficiální reklama i skrytá (mediální, chování veřejných osobností, propagace sponzorských darů aj.). Důsledkem je vysoká prevalence kuřáků především v populaci dospívajících a mladých dospělých. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů 100% alkoholu na osobu na rok. Výskyt rizikového užívání návykových látek je v ČR zejména u dospívajících a mladistvých vysoký v porovnání s okolními zeměmi západní Evropy. Do roku 2015 by se měly výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy.

Konkrétně:

- Ve všech zemích by mezi osobami staršími než 15 let mělo být 80% nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100%.
- Spotřeba alkoholu na hlavu by v žádné zemi neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších než 15 let by měla být téměř nulová.

- Ve všech zemích by se mělo snížit rozšíření drog (prevalence) alespoň o 25% a úmrtnost v důsledku jejich užívání by měla klesnout alespoň o 50%. (7)

Aktivity škol ke splnění úkolu:

- ✓ Podpora účinných preventivních programů a podpora osvětových kampaní (např. Světový den zdraví 7.4., Světový den boje proti kouření 31.5. aj.). (8)

V další části této práce bych se chtěla zaměřit konkrétněji na nejčastěji se vyskytující patologické jevy na základních školách.

2.2. Základní informace o sociálně patologických jevech

2.2.1. Alkohol, tabák a drogy (návykové látky)

Mimořádně vysoká dostupnost a nabídka alkoholu, včetně jeho značné společenské tolerance v dospělé populaci, je příčinou vzrůstající spotřeby alkoholu u dětí a mládeže. Alkohol a kouření v dětství a dospívání zvyšuje riziko přechodu k dalším drogám.

Nabídka drog je také velmi vysoká a nutno říci, že tolerantní a liberální postoj části společnosti k drogám maří úsilí o preventivní působení na děti a mládež v této oblasti. Základní informace o drogách, včetně tabáku a alkoholu, musí být cíleny i na pochopení toho, jaké zdravotní, psychické, ale i sociální a materiální škody působí jejich zneužívání. (1)

České studie ukazují, že klesá věk první osobní zkušenosti dětí s tabákem, alkoholem a drogou. V této souvislosti je významné poznání, že u nás jsou drogy pro děti velmi lehce dostupné, ač to zákon jasně zakazuje. Pro současnou dobu je typická vysoká tolerance společnosti ke konzumaci alkoholu, která se mimo jiné projevuje v signifikantně stoupajících případech stavu opilosti u dětí. Už na druhém stupni základních škol není výjimkou osobní zkušenost dětí s marihuanou, jointa zkusila čtvrtina dětí. Stále velkou oblibu má extáze, která se stala nezbytnou součástí tanečních večerů. Uvádí se, že více než 90% náctiletých navštěvujících takové večery tuto drogu užívají.

Je třeba odlišit děti s jednou jedinou zkušeností s drogou a děti, které pokračují ve zkoušení, tzv. experimentu s drogami. A právě zde se ukazuje, že mezi dětmi, které experimentují s drogami, zkoušejí různé typy, různé formy aplikace se vyskytuje mnohem více dětí. (5)

Všeobecně je za drogu považována jakákoli látka, která po vpravení do organismu způsobí změny ve vnímání, prožívání a chování a může způsobit závislost.

Dělení drog bývá nejčastěji podle kritéria účinku (povzbuzující, tlumivé), kritéria legálnosti (legální a nelegální), ale také podle kritérií dostupnosti, nebezpečnosti a mnoha jiných kritérií.

Efektivita protidrogové politiky státu se většinou v dlouhodobém časovém horizontu určuje pomocí dvou faktorů:

1. zvyšováním průměrného věku závislých osob.
2. snižováním nebo alespoň stagnací jejich počtu.

Tyto pozitivní jevy ovšem nastávají až po dlouhodobé aplikaci dobře fungujících opatření. Při opomenutí tohoto časového faktoru se často stává, že jsou veškerá protidrogová opatření považována za neúčinná, a to se pak může projevit nechtěl financovat protidrogovou politiku.

Nejvíce se to dotýká oblasti primární prevence. Sledování jejího dlouhodobého dopadu je v současném systému téměř neproveditelné. Navíc, komplex faktorů, které působí na děti a mládež souběžně s realizovanými preventivními programy, je těžko zachytitelný a lze jej obtížně hodnotit.

Proto se měření efektivity spíše orientuje na krátkodobou účinnost a na dopad z hlediska dvou faktorů:

1. znalosti o účincích a důsledcích užívání drog.
2. změny v postojích k drogám a k drogové problematice.

Při ověření krátkodobé účinnosti se dá předpokládat, že mnohonásobné užití podobných programů povede ke změnám v chování v dlouhodobém horizontu.

Často bývá efektivita stanovována pouze na základě splnění všech částí programu, projektu, počtu zúčastněných nebo oslovených osob, ohlasů samotných cílových skupin nebo na následném včasném záchytu rizikových osob. (1)

U vývoje návyku nelze hledat jen jednu příčinu, je to souhra různých faktorů z okruhů osoba, droga a prostředí. Podle toho, zda se tyto faktory u člověka projevují negativně nebo pozitivně, tak například silný nebo slabý pocit sebehodnocení, nekritický nebo kritický postoj k drogám, mohou být rizikem, resp. ochranou před rozvojem návyku. Převaha faktorů podporujících návyk uvádí do chodu osudný koloběh užívání návykových látek.

Existuje řada nesespecifických znaků, které poukazují na to, že člověk užívá drogy. Tyto znaky se mohou, ale nemusí projevovat.

Všeobecné symptomy:

- Změna okruhu přátel, sociální ústup.
- Změněný denní rytmus (v noci aktivní, ve dne unavený).
- Zvýšená potřeba peněz bez viditelných nákupů.
- Změněný výkon ve škole, přitom dotyčný dává vinu druhým.
- Časná onemocnění.
- Nezdravý, bledý vzhled.
- Silné zanedbávání vnějšího zjevu.
- Změna osoby a kolísání nálad.
- V rozhovoru nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat. (2)

Proč je tedy tak významné chránit děti a dospívající před návykovými látkami:

- Drogy, ale i alkohol a tabák jsou v dětství nebezpečnější než v dospělosti. Otravy alkoholem a drogami nastávají u dětí i po malých dávkách.
- Děti, které uvedly v anonymním šetření zkušenost s drogami, měly horší prospěch a více disciplinárních problémů.
- Závislost na alkoholu, tabáku a drogách vzniká v dětství a v dospívání rychleji.
- Alkohol, tabák a drogy s sebou nesou pro děti a dospívající větší riziko řady tělesných i duševních nemocí.
- Alkohol a drogy zvyšují zvláště v dospívání nebezpečí úrazů a dopravních nehod.
- Pachatelé násilných trestných činů i jejich oběti bývají často pod vlivem alkoholu, případně drog. Drogy zvyšují riziko kriminality i tím, že si postižený prostředky na ně opatřuje trestnou činností.
- Dítě může být v souvislosti s alkoholem a drogami snadno zneužito nebo vydíráno.
- Dětství a dospívání jsou obdobím intenzivního rozvoje v mnoha oblastech. Návykové látky tento rozvoj zpožďují a dospívající, který má problémy s alkoholem nebo s drogami, může v mnoha směrech zaostávat za normálními vrstevníky.
- Návykové látky jsou poměrně snadno zaměnitelné. Odvykací příznaky po opiátech lze částečně mírnit např. alkoholem. Zaměnit jednu drogu za druhou nic neřeší, naopak záměnou snadno vznikne kombinovaná závislost. Alkohol i tabák se řadí k tzv. průchozím drogám. Z nich část dětí přechází k jiným návykovým látkám. Podle americké studie setkání s alkoholem, Tabákem nebo marihuanou včasném dětství zvyšuje později riziko problému s dalšími drogami. Víme, že někteří lidé závislí na drogách zaměnili ilegální drogy za závislost na alkoholu, což mělo těžké zdravotní důsledky. Častější je ovšem přechod v opačném směru, tedy z alkoholu na nelegální drogy. Alkohol a marihuana sice

automaticky nezpůsobí to, že dítě bude mít později problémy s jinými drogami, ale podstatně toto riziko zvyšují.

- V konkurenčním ekonomickém prostředí, které u nás vzniklo, se lépe uplatní lidé, kteří žijí zdravě.
- Rodiče, jejichž děti se náruživě věnují alkoholu nebo drogám, nemohou počítat s tím, že jim budou děti ve stáří oporou. Naopak takové děti představují pro rodiče obrovskou psychickou, fyzickou i finanční zátěž. Žádný rodič by také jistě nechtěl, aby jeho dítě v důsledku kouření tabáku v budoucnu těžce onemocnělo. (4)

2.2.2. Šikana

Šikana a násilí je hrozivý fenomén, který začíná provázet děti od předškolního věku. Toto problémové chování vzniká v důsledku neuspokojení nebo deformování základních potřeb dítěte. V této souvislosti jde velmi často o nenaplněnou potřebu lásky, komunikace a zařazení se do určitého společenství nebo o malou stimulaci k vytvoření pozitivních životních cílů. Stejně důsledky přináší nedostatečně rozvinuté schopnosti dětí žít zdravým způsobem ve skupině, ve společenství s hodnotnými mezilidskými vazbami. Šikana totálně paralyzuje výchovnou funkci skupiny a proměňuje její působení v destruktivní.

Podle výsledků výzkumů provedených odborníky v různých typech škol se odhaduje, že je v průměru šikanováno asi 20 procent žáků ZŠ a SŠ. Zmapování šikany je velmi obtížné, ale zejména lehčí formy a počáteční stádia šikanování zasahují velkou část školní populace. Také popírání přítomnosti šikany a její zlehčování přispívá nejen k nevědomosti o přítomnosti šikany, ale i k nemožnosti účinně zasáhnout v oblasti prevence nebo potlačení tohoto krutého a nelítostného světa strachu a násilí. (1)

Je třeba zdůraznit, že je důležité umět šikanu rozpoznat. Učitel by měl být velmi dobře teoreticky vyzbrojen, ale také by měl být vybaven sociálními dovednostmi, které mu umožní citlivě zaznamenat prvotní známky šikany tzv. ostrakizování. V této fázi šikany má učitel šanci varovné známky šikanování vidět, identifikovat je a šikanu zastavit. (5)

K tomu, aby se šikanování vůbec uskutečnilo, musí být splněny tři základní podmínky:

1. Musí být přítomen potencionální agresor (dítě, kterému dělá dobře pocit moci nad druhým dítětem a má radost, když mu působí bolest).
2. Potencionální oběť (dítě, které se neumí bránit často neférovému ataku agrese).

3. Klima dětské skupiny (toto klima je ovlivněno osobností pedagoga, hierarchií hodnot ve skupině, přítomností silné dětské osobnosti, která nestrpí ve svém okolí násilí, přítomnost tzv. spoluhráčů potencionálního agresora, míra tolerance skupiny dětí k násilí daná jejich citlivostí a schopností násilí identifikovat, eliminace institucionalizované šikany, model výuky a užívání prvků dramatické výchovy a nepochybně také vliv rodinného prostředí a výchovy dětí). (5)
- Agrese nemusí nutně znamenat fyzické napadení, může se projevit i jako slovní násilí (nadávky, hrozby, ponižující návrhy). Osoba agresora nemusí vždy odpovídat našim představám. Napadení nemusí vždy být z řad vrstevníků, ale i z řad dospělých (učitelů, rodinných známých i rodičů).
 - Agrese bývá často ovlivněna vnějšími faktory (okolnostmi, osobnost agresora). Někdy se však oběti podvědomě vydávají v nebezpečí samy. Útočníka může přitahovat jakákoliv známka slabosti (nesmělost, rozcitlivělost způsobená konkrétní událostí, nesprávné sebehodnocení atd.). Abychom mohli dítěti nebo dospívajícímu pomoci, především potřebujeme pochopit důvody vedoucí k jeho napadení.
 - Následky agrese se liší podle osobnosti oběti, agresora a podle okolností. Všechny nebo téměř všechny oběti cítí stud a vinu, jiné zacházejí tak daleko, že se s agresorem ztotožní. Většina napadených zažije fázi akutního stresu ihned po napadení. Posttraumatické příznaky se mohou objevit až po týdnech či měsících.
 - Každý útok na dítě se dotýká úzce i rodičů. Častou reakcí rodičů je strach. Někteří rodiče popírají agresi, kterou jejich potomek zažil, aby se zbavili pocitu viny nebo příliš velkého utrpení. Nejúčinnější pomoc nespočívá v dramatizování nebo naopak zlehčování agrese. Nutíme-li dítě, aby mluvil o napadení, přestože si to nepřeje, nijak mu situaci neulehčíme. Pouze ho to zraní. Lepší je bavit se s ním o tématech, která se mohou znát bezvýznamná a podružná – je to způsob jak zjistit, zda dítě žije svým obvyklým způsobem života. Návštěva u psychologa je povinná pouze v případě, že se objeví zneklidňující příznaky. Změnit po napadení školu nebo čtvrť bývá jen zřídka dobrým řešením.
 - Podat žalobu v případě šikany vyplývá z občanské povinnosti. Je na řediteli a na pedagogických pracovnících, aby ve škole zajistili dodržování zákonů i vnitřních předpisů a pravidel. Poučíme-li se z předchozích agresí, snižujeme riziko, že se dítě znovu stane obětí. Zůstane-li dítě odměřené k neznámé osobě, která se k němu připojí na ulici, dává-li pozor, co se děje kolem, chrání se tak proti útoku. Násilí ve škole je možné

přemoci jen ve spolupráci s výchovným sborem, vybídne-li jej, aby se přihlásil k zodpovědnosti. Agresi se můžeme vyhnout slovy, pohledem, jasným postojem, aniž by padla jediná rána.

- o Dlouhodobě se uzdravit z agrese znamená nepodlehout psychické tísní. Hovoříme o tzv. odrazu. Odraz nemusí být nutně trvalý. Když se člověk ocitne před propastí, pořád se obává, že do ní znovu spadne. Proto je důležité na traumatizující událost z minulosti nezapomenout, ale zároveň se k ní neupnout. Někdy se oběť agrese stane agresorem, protože jiné chování nezná, chce se pomstít nebo se domnívá, že na to má právo. Jindy se oběť snaží vyniknout v určité oblasti, aby se posunul dál. Překonáním agrese dojde k poučení, že člověk může být pánem svého osudu a nemusí jej trpně snášet. (3)

2.2.3. Zvládání školní zátěže

Každé dítě se čas od času dostane do situace, kdy má pocit, že nezvládá plnit požadavky, které jsou na něho kladeny ve škole i v rodině a cítí se být podceňováno, nespravedlivě hodnoceno. Někdy je tento pocit vyvolán určitým prostředím, okamžitou situací, zdravotním stavem nebo může být vázán na určitou osobu či určité osoby a může po krátké době, zvládnutí vyniklého problému, odeznít, jindy, často ze zdravotních důvodů, se stává zvládání zátěže dlouhodobým problémem. (9)

Zdrojem nepřiměřené zátěže ve škole se může stát jakákoliv situace či aktivita, která nějakým způsobem se školou souvisí. Učební činnost neprobíhá izolovaně, je ovlivňována řadou faktorů působících ve škole, rodině, mezi vrstevníky. Vždy je třeba co nejdříve určit u dítěte příčiny nezvládání školní zátěže, ujasnit si, kdo se na ní podílí, zjistit okolnosti, za kterých nepříznivá zátěžová situace vznikla, zhodnotit projevy dítěte a zjistit názory a postoje učitelů, rodičů a dalších zúčastněných osob. (9)

Nejčastější příčiny vzniku nepřiměřené zátěžové situace u dítěte:

- Nerespektování schopností a věkových zvláštností dítěte.
- Neznalost zdravotního stavu dítěte, neznalost či nerespektování specifických poruch učení a poruch chování.
- Nepřiměřené požadavky kladené na dítě při učební činnosti (nerespektování schopnosti koncentrace pozornosti, nerespektování denního kolísání výkonnosti, nevhodné tempo práce v hodině, neodpovídající délka a forma odpočinku).

- Jednání učitelů (nevhodný způsob hodnocení žáků, nedostatek porozumění pro problémy dětí, vnímání třídy jako homogenní skupiny).
- Chování spolužáků (nedostatky v komunikaci, lhostejnost, agresivita, šikana).
- Nedostatky v podmínkách pro učební činnost (nevhodné organizační a prostorové podmínky pro školní práci a pro aktivity ve volném čase).
- Postoje rodiny ke vzdělání (nepřiměřené zákroky vzhledem k věku, schopnostem a zdravotnímu stavu dítěte, nedostatek času na dítě, nezájem o problémy dítěte). (9)

Reakce na zátěž se může u jednotlivých dětí lišit. To co je pro některé dítě přiměřená zátěž, je pro jiné dítě stejného věku zátěž nízká a pro další dítě nepřiměřeně vysoká. Pokud je zátěž nepřiměřeně vysoká, dítě reaguje změnami v psychických funkcích, projeví se u něho citová nerovnováha, změny sociálního chování a často problémy zdravotní. (9)

Nejčastější reakce dítěte na nepřiměřenou zátěž spojenou s učební činností:

- Neúspěchy ve školní práci (zhoršená schopnost koncentrace pozornosti, zhoršené pamatování a vybavování informací, zhoršený prospěch).
- Změna chování (podrážděnost, kolísání nálad, projevy úzkosti, změna vztahu k vrstevníkům, vyhýbání se kontaktu s rodiči, lhaní).
- Nízké sebevědomí (nejistota, sebepodceňování, nezájem o školní i mimoškolní aktivity).
- Přecitlivělost na hodnocení z okolí (pocit vyřazenosti, bezmoci).
- Ztráta motivace (ztráta zájmu o učení, záškoláctví).
- Poškození zdraví (pocit únavy, bolesti hlavy, bolesti břicha, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy). (9)

Řešení dětského problému spojeného se zvládnutím školní zátěže vyžaduje pomoc a podporu rodičů, učitelů, vrstevníků. Velký význam má prevence, vytváření takových podmínek ve škole i v rodině, které pomáhají dítěti vyrovnat se zátěžovými situacemi a bez problému jim čelit. (9)

Základní pravidla prevence vzniku problému spojených s učební činností u dítěte:

- Pomáhat mu při zvládnutí požadavků spojených s učební činností.
- Ocenit jeho výsledek školní práce.

- Nechránit ho před důsledky jeho činů, ale pomoci mu problém vyřešit.
- Zbytečně ho nenapomínat, neponižovat a neposmívat se mu.
- Dodržovat zásady a pravidla jak v rodině, tak ve škole.
- Podporovat u něho pocit jistoty, stálosti a bezpečí. (9)

Pedagog, často jako první, zjistí změnu v jednání a chování dítěte. Úloha učitele je velmi významná, jak při odhalování potíží, tak při vytváření podpůrného, nápomocného školního prostředí. Důležité je, aby pedagog co nejdříve kontaktoval rodiče a společně s nimi se pokusil vzniklý problém dítěte, spojený s učební činností, řešit. (9)

Při analýze příčin je třeba věnovat pozornost:

- Zdravotnímu stavu dítěte.
- Vrozeným předpokladům dítěte.
- Vrozeným a získaným vadám či poruchám.
- Požadavkům, které jsou na dítě kladené ve škole.
- Organizaci školní práce.
- Požadavkům, které jsou na dítě kladeny v rodině.
- Chování vrstevníků ve třídě. (9)

2.2.4. Poruchy příjmu potravy

Za poruchy příjmu potravy je považováno spektrum patologického jídelního chování. Patří sem Anorexia Nervosa (AN) s různým stupněm podvýživy, vymizením menstruace a psychologickými, sociálními a zdravotními následky malnutrice. Dívky (většinou se jedná o dívky) s anorexií hubnou a úbytek hmotnosti se snaží zamaskovat. Navzdory snížené hmotnosti se cítí čilé a často jsou i velmi hyperaktivní, neúměrně cvičí, běhají, často tajně. Mohou používat i různé další způsoby na redukci přijatých kalorií, jako je zvracení, projímadla, dietní preparáty, látky na odvodnění organismu. Takové formy anorexie nazýváme anorexií purgativní a z hlediska zdravotního je rizikovější. Další častou diagnózou je Bulimia Nervosa (BN) s hmotností v normálním váhovém rozmezím. Dívky jsou orientované na svou postavu, jsou s ní nespokojené, chtějí být štíhlejší, drží diety a pak se přejídají potravinami, které si v normálním jídle zakazují a zvrací. Často po jídle odcházejí do koupelny, někdy po nich zůstávají zbytky

jídla v různých skrýších. Dokážou sníst velké množství potravy a zůstávají štíhlé. Tyto dvě hlavní skupiny mohou mít i atypické formy (nesplňují všechna diagnostická kritéria), léčí se však stejně. Další diagnózou spektra poruch příjmu potravy je psychogenní přejídání a noční přejídání, které může vést k obezitě. Jednotlivé diagnostické jednotky mohou do určité míry přecházet jedna v druhou. Dívky často dlouho ze studu onemocnění tají a odmítají pomoc a léčbu. Onemocnění je multifaktoriální, vzniká kombinací biologických i psychosociálních faktorů. Preventivní opatření by měla být založena na kvalitním rozpoznání rizikových faktorů a jejich vzájemném působení. Práce pak vyžaduje spolupráci nejen s odborníky ze zdravotnictví, ale i s těmi (pedagogové, trenéři), kteří pracují s rizikovou populací (adolescenti, studenti baletních a modelingových a sportovních škol). Včasné rozpoznání příznaků a vhodně zvolené následné kroky mohou být pro průběh onemocnění důležité (např. psychoedukace, doporučení normálního jídelního chování a vysvětlení závažných psychologických zdravotních i sociálních rizik dietního chování a hladovění a touhy po nepřiměřené štíhlosti). Není to jak by se na první pohled zdálo pouze problém dívek. U chlapců místo diktátu módy panuje diktát sportu a atletické postavy. (1)

2.2.5. Hazardní a počítačové hry

Problémů s hazardní hrou, zejména u dětí a dospívajících, u nás po listopadu 1989 dramaticky přibýlo. Souvisí to mimo jiné s velkým nárůstem dostupnosti. Předpisy omezující dostupnost hazardních her pro dospívající se nedodržují. Při hazardní hře si hráč kupuje možnost peněžní nebo jiné hmotné výhry. Právě peníze hrají významnou úlohu při rozvoji patologického hráčství. Spoluvytvářejí totiž bludný kruh hazardní hry, rostoucích problémů, před kterými hráč uniká k další hazardní hře přinášející další problémy, další hazardní hry atd.

Prevence problémů působených hazardní hrou má širší dosah, než jen předcházení patologickému hráčství. I jednorázová velká prohra může způsobit řadu problémů, i když se nejedná o patologické hráčství. Prevence problémů působených hazardní hrou a problémů působených alkoholem nebo drogami má hodně společného. Navíc problémy s hazardní hrou zvyšují riziko problémů s návykovými látkami. Proto je vhodné prevenci v těchto oblastech spojovat. (10)

I počítačové hry mají určitá rizika, ale jiného rázu. Počítačové hry neslouží k hazardní hře. Jenže dítě, které u nich bude trávit dlouhé hodiny, nemá dost času na školu, možná nezíská dostatečné dovednosti v mezilidských vztazích, může zaostávat za vrstevníky, mohou se mu

kulatit záda a může trpět nedostatkem pohybuje. Kromě tohoto obsahují některé počítačové hry prvky násilí a nabízejí vysloveně nevhodné modely řešení konfliktů a neadaptivní vzorce chování. (10)

2.2.6. Komerční sexuální zneužívání dětí, týrání dětí

Prevence komerčního sexuálního zneužívání dětí a mládeže i prevence týraných a zneužívaných dětí patří mezi ožehavá témata. Jako taková jsou často v procesu výchovy a vzdělávání opomíjena. Spory o tom, co a jak má být sděleno, zaměstnávají mnoho odborníků. Děti a dospívající jsou zaplavováni informacemi o sexu, pornografii a násilí. Ale vidět a slyšet neznamená porozumět. Je třeba motivovat děti k vytvoření zdravých postojů v této oblasti, k umění kriticky nahlížet na takovéto informace, ke vnímání nebezpečných signálů a osvojení dovedností odmítat situace, které je ohrožují.

Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) – syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte. Týrané a zneužívané dítě je problematika, o které lze říci, že v této oblasti přetrvává malá informovanost pedagogů a často i bezradnost při výskytu tohoto negativního jevu. Týrané a zneužívané děti se později často stávají v roli agresora aktérem šikany. Je u nich častý výskyt asociálního chování a inklinují ke zneužívání návykových látek. (1)

3. Cíl mé práce

Ve své bakalářské práci jsem zpracovávala problematiku postoje žáků základních škol k preventivním programům a aktivitám pořádaných na škole. Mým prvním cílem bylo zjistit rozdíly ve znalostech prevence dětí z obou měst bez ohledu na třídy.

A druhým cílem zjistit rozdíly ve znalostech prevence mezi dětmi z šestých a devátých tříd bez ohledu na město.

4. Metodika

Vytvořila jsem si vlastní dotazník, který obsahoval 20 otázek zaměřených na téma prevence či úzký okruh tohoto tématu. Dotazníky jsem rozdala vždy v šesté a deváté třídě uvedených měst.

4.1. Dotazník

Ahoj, jmenuji se Ilona Křížková a jsem z 3. lékařské fakulty. Zpracovávám bakalářskou práci na téma "PREVENCE". Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete získat poznatky, které bych do této práce chtěla zahrnout. Samozřejmě, že tento dotazník je anonymní (nemusíš uvádět své jméno). Opravdu mě zajímá právě tvoje zkušenost, proto odpověď samostatně a sám(a) za sebe! Každou otázku čti pozorně a při vyplňování nevynechej žádnou otázku. Neboj se není to test a nejsi zkoušen(a).

1. Víš co znamená slovo prevence?

(zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) předcházení negativních vlivů nejen na zdraví
- b) poškozování svého vlastního zdraví
- c) dodržování všeobecně platných pravidel
- d) poškozování cizího zdraví

2. Vyjmenuj, kde všude se může prevence uplatnit?

(můžeš zakroužkovat i více odpovědí)

- a) škola

- b) domov
- c) zdravotnictví
- d) zaměstnání

3. Měli jste už ve škole výuku na téma prevence?

ANO / NE / Nevím

4. Zakroužkuj téma na které výuka probíhala.

- a) sexuální výchova
- b) zneužívání návykových látek (drogy)
- c) zdravý životní styl
- d) zdravá výživa
- e) péče o zuby
- f) jiné

5. Zaujalo a poučilo tě některé z těchto témat?

(pokud ano, zakroužkuj a můžeš i více témat)

- a) sexuální výchova
- b) zneužívání návykových látek (drogy)
- c) zdravý životní styl
- d) zdravá výživa
- e) péče o zuby
- f) jiné uveď jaké
- g) nezaujalo mne žádné

6. Co je to infekční onemocnění?

(zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) onemocnění, které se přenáší na člověka pouze ze zvířete
- b) onemocnění, které se přenáší pouze krví
- c) onemocnění, které vyvolá proniknutí choroboplodných zárodků do organismu
- d) onemocnění, které se přenáší pouze vzduchem

7. Víš co to je imunita?

(zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) zánětlivé onemocnění organismu
- b) přijímání prospěšných látek do organismu
- c) přijímání látek negativně působících na organismus
- d) odolnost organismu proti látkám, které jsou mu cizí

8. Víš co to je očkování?

(zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) podání léků proti bolesti
- b) zastavení alergické reakce
- c) podání látky, která mě ochrání proti všem nemocem
- d) podání látky, která v organismu vytvoří imunitu proti infekční chorobě

9. Existuje kromě povinného očkování i jiné?

ANO / NE / Nevím

10. Proti čemu jsi sám(a) očkovaný(á) ?

(zakroužkuj i více odpovědí)

- a) absolvuješ povinné očkování při preventivních prohlídkách
- b) klíšťové encefalitidě
- c) proti hepatitidě typu B (žloutence)
- d) absolvoval(a) jsi jiné očkování, uveď jaké

11. Vyžaduje se někdy zvláštní očkování při cestě do zahraničí?

ANO / NE / Nevím

12. Kolik hodin jste se věnovali ve škole prevenci zneužívání návykových látek?

(zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) 1 až 2 hodiny
- b) 3 až 4 hodiny
- c) více jak 4 hodiny
- d) žádnou hodinu

13. Kolik hodin jste se ve škole věnovali prevenci týrání, sexuálního zneužívání, šikany? (zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) 1 až 2 hodiny
- b) 3 až 4 hodiny
- c) více jak 4 hodiny
- d) žádnou hodinu

14. Kolik hodin jste se věnovali ve škole prevenci infekčních onemocnění a pohlavních chorob? (zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) 1 až 2 hodiny
- b) 3 až 4 hodiny
- c) více jak 4 hodiny
- d) žádnou hodinu

15. Křížkem označ běžná infekční onemocnění a kolečkem označ pohlavně přenosné choroby.

- a) angína
- b) chřipka
- c) syfilis
- d) příušnice
- e) průjmy
- f) kapavka

16. Jakou vidíš prevenci v předcházení zubního kazu?

(zakroužkuj, můžeš i více odpovědí)

- a) pravidelné preventivní prohlídky u zubního lékaře
- c) čištění si zubů jedenkrát za dva dny
- d) čištění si zubů jedenkrát týdně
- e) čištění si zubů nejméně dvakrát denně

17. Myslíš si, že zdravý životní styl, zdravá výživa a správné stravovací návyky patří do prevence nemocí?

ANO / NE / Nevím

18. Kolik hodin jste ve škole věnovali tématu zdravá výživa a zdravý životní styl?

(zakroužkuj pouze jednu odpověď)

- a) 1 až 2 hodiny

- b) 3 až 4 hodiny
- c) více jak 4 hodiny
- d) žádnou hodinu

19. Kde všude získáváš informace o možnostech prevence poškození zdraví ?
(zakroužkuj, můžeš i více odpovědí)

- a) ve škole
- b) doma (od rodičů, sourozenců)
- c) od kamarádů
- d) od lékaře
- e) z knih a časopisů
- f) z internetu
- g) z různých programů v TV
- i) jinde, uveď kde

20. Do jaké míry jsi sám(a) ochotný(á) řídit se preventivním doporučením?

(zakroužkuj: 0 %-vůbec nejsem ochotný(á) a nikdy se tím neřídím,
100 %-maximálně ochotný(á) a vždy se tím řídím)

0 % / 10 % / 20 % / 30 % / 40 % / 50 % / 60 % / 70 % / 80 % / 90 % / 100 %

Prosím zkontroluj, že jsi odpověděl(a) na všechny otázky.

Děkuji za vyplnění dotazníku

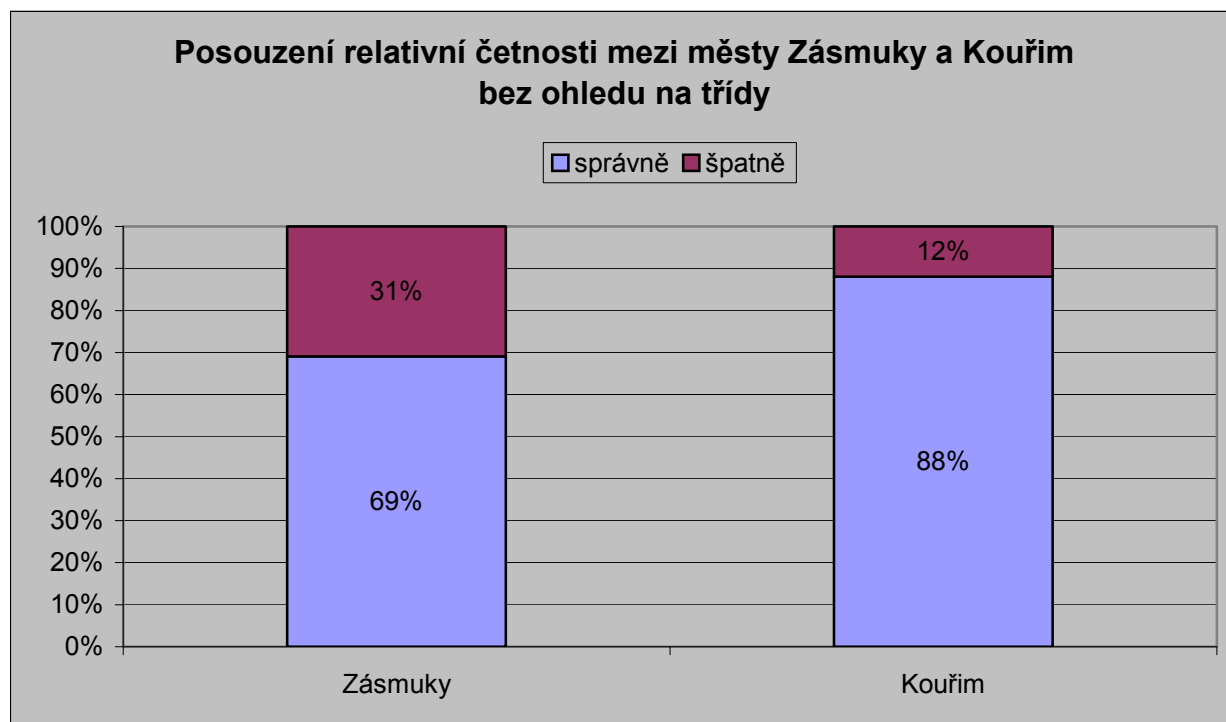
5. Analýza výsledků

Statisticky významný stupeň korelace jsem našla pouze mezi některými otázkami. Tabulka č.1 a graf č.1 zobrazují vybrané otázky, na které byla jednoznačná odpověď při srovnávání jednotlivých měst (Zásmuky a Kouřim).

Tab. 1

Číslo otázky	Zásmuky		Kouřim	
	správně	špatně	správně	špatně
1	57	11	47	27
6	40	18	68	6
7	56	12	70	4
8	47	21	62	12
9	65	3	72	2
11	28	40	72	2
17	29	39	65	9
Celkem	322	144	456	62

Graf. 1



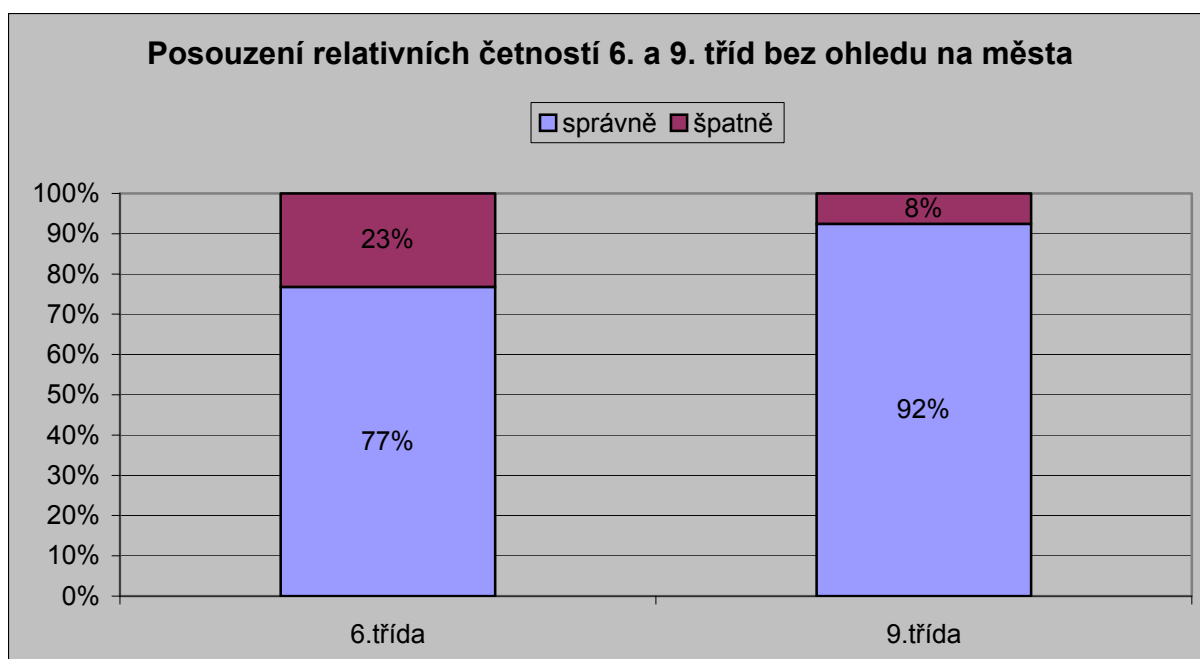
Z grafu č.1 vyplývá, že žáci z Kouřimi bez ohledu na třídy dosahují ve vyčleněných otázkách 88% správných odpovědí oproti městu Zásmyky, které má pouze 69% správných odpovědí.

Tabulka č.2 a graf č.2 zobrazují vybrané otázky, na které byla jednoznačná odpověď při srovnávání jednotlivých tříd (6.třída a 9. třída).

Tab.2

Číslo otázky	6.třída		9.třída	
	správně	špatně	správně	špatně
1	56	16	67	3
6	50	22	68	2
7	64	8	67	3
8	69	3	62	8
9	49	23	59	11
11	46	26	65	5
17	53	19	65	5
Celkem	387	117	453	37

Graf.2



Z grafu č.2 vyplývá, že žáci 9.tříd bez ohledu na města dosahují ve vyčleněných otázkách 92% správných odpovědí oproti žákům 6.třídy, kteří mají pouze 77% správných odpovědí.

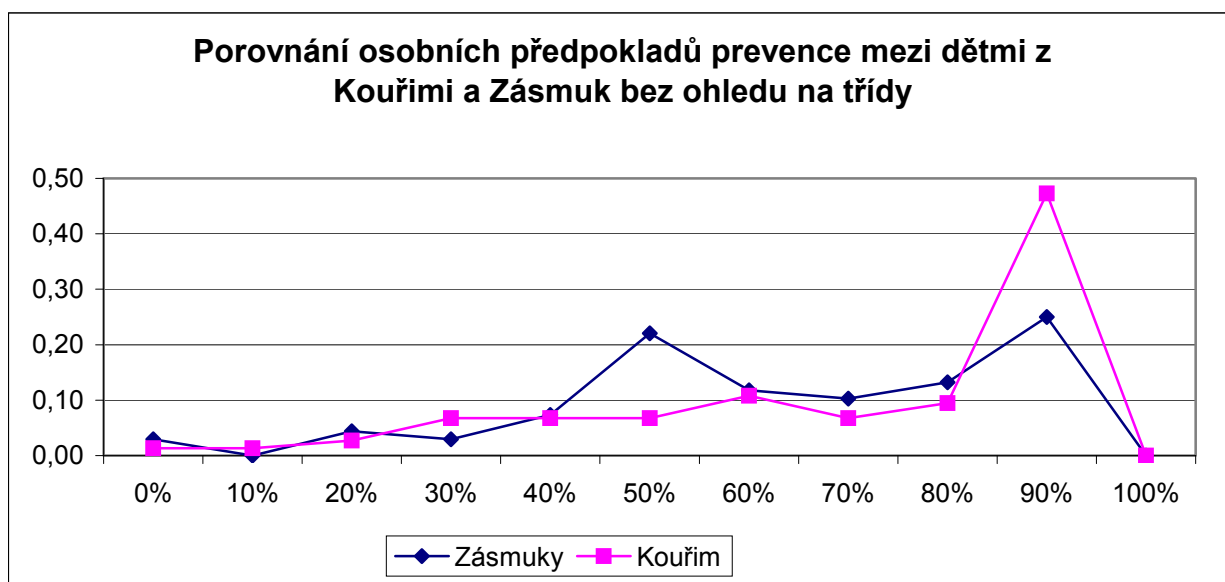
Tabulka č.3 a graf č.3 zobrazují porovnání osobních předpokladů prevence mezi dětmi z Kouřimi a Zásmuk bez ohledu na třídy.

Tab.3

Odpovědi	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	CELKEM
Zásmuky	2	0	3	2	5	15	8	7	9	17	0	68
Kouřim	1	1	2	5	5	5	8	5	7	35	0	74

Odpovědi	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	CELKEM
Zásmuky	0,03	0,00	0,04	0,03	0,07	0,22	0,12	0,10	0,13	0,25	0,00	0,97
Kouřim	0,01	0,01	0,03	0,07	0,07	0,07	0,11	0,07	0,09	0,47	0,00	0,99

Graf.3



Z grafu č.3 vyplývá bez ohledu na třídy, že téměř 50% žáků z Kouřimi je ochotno se řídit preventivními doporučeními na 90 %, druhá polovina žáků je rovnoměrně rozdělena na stoupající křivce. Oproti tomu žáci v Zásmukách se rozdělují na dvě skupiny okolo 20%, kde první skupina je ochotna se řídit na 50% preventivními doporučeními a druhá na 90% preventivními doporučeními. Zbytek žáků ze Zásmuk je rozděleno taktéž na stoupající křivce.

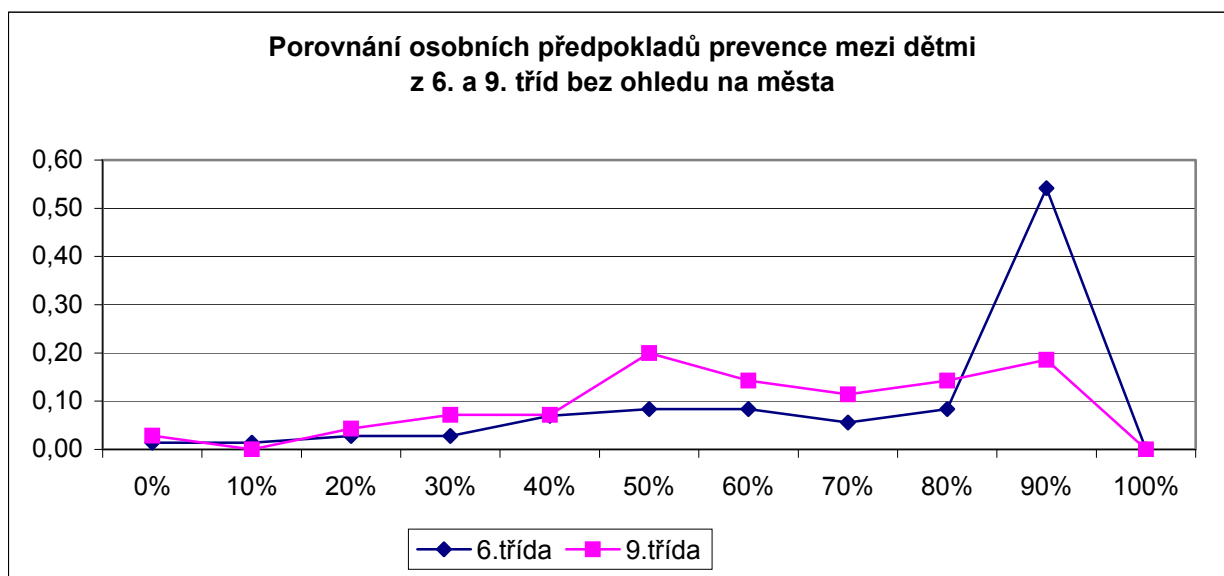
Tabulka č.4 a graf č.4 zobrazují porovnání osobních předpokladů prevence mezi dětmi z 6.tříd a 9.tříd bez ohledu na města.

Tab.4

Odpovědi	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	CELKEM
6.třída	1	1	2	2	5	6	6	4	6	39	0	72
9.třída	2	0	3	5	5	14	10	8	10	13	0	70

Odpovědi	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	CELKEM
6.třída	0,01	0,01	0,03	0,03	0,07	0,08	0,08	0,06	0,08	0,54	0,00	0,99
9.třída	0,03	0,00	0,04	0,07	0,07	0,20	0,14	0,11	0,14	0,19	0,00	0,97

Graf.4



Z grafu č.4 vyplývá bez ohledu na města, že téměř 55% žáků z 6.tříd je ochotno se řídit preventivními doporučeními na 90 %, druhá polovina žáků je rovnoměrně rozdělena na stoupající křivce. Oproti tomu žáci z 9.tříd mají rovnoměrně rozložené odpovědi v procentuálním zastoupení ochoty řídit se preventivními doporučeními.

Analýza následujících otázek:

Otázka č.4

V obou městech bylo nejvíce věnováno výuce na téma zneužívání návykových látek. Poté zdravý životní styl, zdravá výživa a sexuální výchova.

Otázka č.5

Nejčastěji bylo zmiňováno na obou školách téma sexuální výchovy a zneužívání návykových látek. Naopak děti uvádí, že zdravá výživa a zdravý životní styl bylo pro ně nezáživné téma

Otázka č.12

V obou městech byly věnovány více jak 4 hodiny výuky na téma zneužívání návykových látek.

Otázka č.13

V obou městech byly věnovány více jak 4 hodiny výuky na téma týrání, sexuální zneužívání, šikana.

Otázka č.14

Ve městě Kouřimi bylo věnováno více jak 4 hodiny výuky na téma prevence infekčních onemocnění a pohlavních chorob. Oproti tomu děti ze Zásmuk uvádí, že tomuto tématu nebyla věnována žádná hodina.

Otázka č.18

Ve městě Kouřimi bylo věnováno více jak 4 hodiny výuky na téma zdravá výživa a zdravý životní styl. Oproti tomu děti ze Zásmuk uvádí, že tomuto tématu byly věnovány pouze jedna až dvě hodiny.

Otázka č.19

Nejvíce dětí z obou měst zmiňuje, že získávají informace o možnostech prevence poškození zdraví ve škole, u lékaře a poté od rodičů. Na stejné úrovni uvádí knihy, internet a časopisy. Překvapivě malý počet dětí zmiňuje kamarády.

6. Závěr

Na vybraných základních školách probíhala výuka prevence v rámci předmětů rodinná výchova a občanská výchova. Každá škola má dále individuální aktivity, které se snaží poskytnout dětem co nejrozšířenější pohled na věc a využívá k tomu přímo terénní pracovníky či poradenská pracoviště.

Při posouzení odpovědí žáků ze škol v Kouřimi a Zásmuk bez ohledu na třídy jsem jejich odpovědi převedla na relativní četnosti a následně vyhodnotila. Žáci z města Kouřimi vykazali nejvyšší správnost relativních odpovědí na otázky prevence tj. téměř 90%. Výsledky nám naznačují, že na základní škole v Kouřimi probíhalo více aktivit na téma prevence než v základní škole Zásmuky. Tuto skutečnost nám vykazala i míra špatných odpovědí v základní škole Zásmuky, kde špatné odpovědi přesáhly přes 30%.

Při posuzování odpovědí žáků z 6. a 9. tříd bez ohledu na města jsem jejich odpovědi taktéž převedla na relativní četnosti a následně vyhodnotila. Žáci 9. tříd vykazali vyšší četnost správných odpovědí tj. přes 90% než žáci 6. tříd, kteří dosáhli na 77% správných odpovědí. Výsledky nám ukazují, že žáci z vyšších tříd mají větší znalost prevence. Avšak žáci z 6. tříd ke svému věku a znalostem přesáhli $\frac{3}{4}$ podíl správných odpovědí. Což můžeme označit taktéž za velmi dobrý výsledek.

Při porovnávání osobních předpokladů přístupů k prevenci z měst Kouřim a Zásmuky bez ohledu na třídy, vyplývá, že žáci ze základní školy v Kouřimi jsou z poloviční většiny ochotni se řídit preventivními doporučeními na 90%. Což lze považovat za téměř vynikající výsledek, který ukazuje na vyšší uvědomělost v oblasti prevence. U žáků ze Zásmuk je tento podíl rozdělen téměř rovnoměrně, avšak ve dvou oblastech tj. 50% a 90% jsou žáci ochotni se více řídit preventivními doporučeními. Ale z celkového hlediska nedosahují ani tyto hodnoty na uvědomělost žáků z Kouřimi.

Při porovnávání osobních předpokladů přístupů k prevenci žáků 6. a 9. tříd bez ohledu na města, vyplývá, že žáci 6. tříd jsou více ochotni se řídit preventivními doporučeními, ale již je nedokážou správně uplatňovat. Avšak paradoxně žáci z 9. tříd, kteří dosáhli vyšších znalostí v oblasti prevence, jsou méně ochotni se těmito doporučeními řídit. Což značí jejich velkou „individualitu“.

7. Seznam použité literatury:

- (1) www.msmt.cz
- (2) Christoph Gohlert, Frank Kufn: Od návyku k závislosti, Ikar, Praha 2001, ISBN 80-7202-950-9
- (3) Stephane Bourcet, Isabelle Gravillonová: Šikana ve škole, na ulici, doma, Albatros, Praha 2006, ISBN 80-00-01552-8
- (4) prim. MUDr. Karel Nešpor, Csc.: Jak chránit děti před návykovými látkami, Fortuna, Praha 1997
- (5) MUDr. Eva Vaníčková, Csc.: Sociální toxiny, Praha 2003, ISBN 80-239-1557-6
- (6) Richard Jedlička, Petr Klíma: Děti a mládež v obtížných životních situacích, Themis, Praha 2004, ISBN 80-7312-038-0
- (7) Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu, Kodaň: „Zdraví 21“, ISBN 92 890 1349 4
- (8) PhDr. Marie Říhová: Teoretické základy preventivní medicíny
- (9) Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.: Zvládání školní zátěže, Praha 2005,
- (10) Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.: Hazardní a počítačové hry u dětí a dospívajících, Praha 1996.