

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

Pedagogika

Disertační práce

Mgr. Daniela Nováková, DiS.

**Vliv programu primární protidrogové prevence na
rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů**

**The influence of the primary drug prevention
program on the development of specific competencies
of pupils and students**

Školitelka: doc. PhDr. Jitka Lorenzová, Ph.D.

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Také prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19. 05. 2022

.....

Poděkování

Na tomto místě především velice děkuji své školitelce doc. PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky, vstřícnost a pomoc při tvorbě této práce. Dále děkuji participantům a respondentům výzkumného šetření.

Abstrakt

Tématem disertační práce je vliv programu primární protidrogové prevence na rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů. Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je věnována významu drogové prevence v kontextu protidrogové a vzdělávací politiky EU a ČR, problematice drogové závislosti u dětí a mladých lidí, prevenci užívání návykových látek od historie po současnost, školské a primární prevenci drogových závislostí a rozvoji kompetencí žáků a studentů v kontextu školní primární prevence. K užitým metodám této části patří teoretická analýza a interpretace klíčových konceptů prezentovaných v odborné literatuře. Dále se teoretická část opírá o realizované výzkumy a další zdroje, tak, aby byla získána východiska pro zaměření a design výzkumu. V empirické části je prezentován empirický výzkum se smíšeným designem. Hlavním cílem bylo zjistit, zda programy primární protidrogové prevence efektivně přispívají k rozvoji specifických kompetencí žáků a studentů ZŠ a gymnázií. Šetření je založeno na metodologické triangulaci technik kvalitativního a kvantitativního výzkumu a bylo rozvrženo do tří fází. V počáteční fázi výzkumu bylo realizováno dotazníkové šetření ($n = 418$), které porovnávalo rozvoj specifických kompetencí u účastníků programu primární prevence s těmi, kteří se programu neúčastnili. Rozdíl byl zjišťován ve znalostní kompetenci, v kompetenci resistance vůči nabídce a v hodnotově postojové kompetenci. Ve druhé fázi bylo realizováno kvalitativní šetření formou semistrukturovaných rozhovorů s učiteli žáků, kteří se programu zúčastnili ($n = 4$). Cílem bylo zjistit, zda program považují za přiměřený pro věkovou skupinu, které specifické kompetence žáků a studentů se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře a jak program hodnotí z hlediska silných a slabých stránek. Výsledky ukázaly, že informanti z řad pedagogických pracovníků zařadili mezi silné stránky programu otevřenou diskuzi, postojové nastavení lektorů a trpělivost a vstřícnost ze strany lektorů. Mezi slabé stránky programu řadí nedostatečné využití aktivit založených na bázi zážitkové pedagogiky. Také bylo zjištěno, že program je dle informantů přiměřený pro věkovou skupinu. Všichni informanti se shodli, že nejlépe je naplňována v programu zaměřeném na užívání THC a jiných konopných látek znalostní kompetence. Nejhůře je pak podle informantů naplněna kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání. Ve třetí fázi výzkumu byly výsledky dotazníku ověřovány na základě expertního šetření u lektorů programu, opět s využitím semistrukturovaného rozhovoru ($n = 4$). Cílem bylo zjistit, jak hodnotí silné a slabé stránky programu samotní lektori. Bylo zjištěno, že z pohledu lektorů patří mezi slabé stránky programu přímé techniky odmítání návykové látky, neakcentování sociálního tlaku vrstevnické skupiny, předávání malého množství informací o nových trendech v užívání konopí a téma týkající se legalizace konopí. Mezi silné stránky dle lektorů naopak patří kvalitní teoretický základ programu, osobnost lektora, didaktická stránka prezentování tématu a posilování neuzivatelského postoje. V závěru práce jsou formulována doporučení pro další výzkumy a pro sociálně pedagogickou praxi.

Klíčová slova

Programy primární prevence, školní protidrogová prevence, specifické protidrogové kompetence žáků a studentů.

Abstract

The topic of the dissertation thesis is the influence of the primary drug prevention program on the development of specific competencies of pupils and students. The thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The theoretical part is devoted to the importance of drug prevention in the context of drug and education policy of the EU and the Czech Republic, drug addiction in children and young people, prevention of substance use from history to the present, school and primary drug prevention and development of pupils and students in the context of school primary prevention. The methods used in this part include theoretical analysis and interpretation of key concepts presented in professional literature. Furthermore, the theoretical part is based on research and other resources, so as to obtain the basis for the focus and design of research.

The empirical part presents empirical research with mixed design. The main goal was to find out whether primary drug prevention programs effectively contribute to the development of specific competencies of primary and secondary school pupils and students. The survey is based on methodological triangulation of qualitative and quantitative research techniques and was divided into three phases. In the initial phase of the research, a questionnaire survey was conducted ($n = 418$), which compared the development of specific competencies in participants in the primary prevention program with those who did not participate in the program. The difference was found in the knowledge competence, in the competence of resistance to supply and in the value attitude competence. In the second phase, a qualitative survey was conducted in the form of semi-structured interviews with teachers of students who participated in the program ($n = 4$). The aim was to find out whether the program is considered appropriate for the age group, which specific competencies of pupils and students, according to pedagogical staff, are fulfilled in the program best (most effectively) and worst, and how the program is evaluated in terms of strengths and weaknesses. The results showed that the informants from the ranks of pedagogical staff included an open discussion, the attitude of the lecturers and the patience and helpfulness of the lecturers among the strengths of the program. One of the weaknesses of the program is the insufficient use of activities based on experiential pedagogy. It was also found that the program is appropriate for the age group. All informants agreed that knowledge of THC and other cannabis substances is best met by a program of knowledge. According to the informants, the competence of resistance to the offer – the strategy of negotiations – is fulfilled the worst. In the third phase of the research, the results of the questionnaire were verified on the basis of an expert survey of the program lecturers, again using a semi-structured interview ($n = 4$). The aim was to find out how the lecturers themselves evaluate the strengths and weaknesses of the program. It was found that from the lecturers' point of view, the weaknesses of the program are direct techniques of substance abuse, non-accentuation of social pressure of the peer group, passing on a small amount of information about new trends in cannabis use and the topic of cannabis legalization. According to the lecturers, the strengths include the quality theoretical basis of the program, the personality of the lecturer, the didactic side of presenting the topic and strengthening the non-user attitude. Recommendations for further research and for socio-pedagogical practice are formulated at the end of the thesis.

Keywords

Primary prevention programs, school drug prevention, specific anti-drug competencies of pupils and students.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Drogová prevence v kontextu protidrogové a vzdělávací politiky	12
1.1 Protidrogová strategie Evropské unie	12
1.1.1 Aktuálně platná protidrogová strategie EU na léta 2021–2025	14
1.2 Protidrogová preventivní politika České republiky	16
1.2.1 Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027	16
1.2.2 Strategie vzdělávání 2030 + ...	18
1.2.3 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027	20
2 Problematika drogové závislosti u dětí a mladých lidí	23
2.1 Vymezení základních pojmů z oblasti drogové závislosti.....	24
2.2 Znaky závislosti.....	27
2.3 Faktory rozvoje drogové závislosti u dětí a dospívajících	28
3 Prevence drogové závislosti	38
3.1 Pojem prevence	38
3.2 Historický vhled do vývoje oboru primární prevence v ČR	39
3.2.1 Vývoj oboru primární prevence	40
3.3 Přístupy společnosti k prevenci drogových závislostí.....	44
3.4 Typy prevence	45
3.4.1 Primární prevence	47
3.4.2 Sekundární prevence.....	52
3.4.3 Terciární prevence.....	54
3.4.4 Prevence podle prostředí	55
3.4.5 Prevence podle věku	58
3.5 Vývoj preventivních programů a modelů primární prevence	60
3.6 Zásady efektivní primární prevence	64
3.7 Mezinárodní výměna poznatků v oblasti prevence	67
4 Výzkumy programů prevence užívání návykových látek	69
4.1 Přehledové studie	69
4.2 Hodnocení konkrétních programů.....	72
4.2.1 Efektivní preventivní drogové programy	76
4.2.2 Neefektivní preventivní programy	78
4.2.3 Výzkumy preventivních programů v ČR	80
5 Škola a primární prevence drogových závislostí.....	81
5.1 Rizikové a protektivní faktory školního prostředí.....	81
5.2 Systém primární prevence ve školství.....	83
5.2.1 Úlohy a specifika působení školního metodika prevence v ČR	86
5.2.2 Preventivní program školy (PPŠ)	88
6 Rozvoj kompetencí žáků a studentů v kontextu primární prevence.....	90
6.1 Vymezení pojmu kompetence ve vzdělávání.....	90
6.1.1 Klíčové kompetence	92
6.2 Specifické kompetence ve vztahu k návykovým látkám a jejich formování	94
6.2.1 Programy na rozvoj specifických protidrogových kompetencí.....	94
6.2.1.1 Program Unplugged	97
6.2.1.2 Vymezení specifických protidrogových kompetencí pro výzkum.....	99

6.2.1.3	Specifické znalosti – znalostní protidrogová kompetence	100
6.2.1.4	Kompetence resistance vůči nabídce – specifické strategie jednání	101
6.2.1.5	Hodnotově postojoyé kompetence	102
7	Závěr teoretické části	105
EMPIRICKÁ ČÁST		107
8	Výzkum efektivity programu primární protidrogové prevence zaměřeného na marihuanu a jiné konopné látky.....	107
8.1	Charakteristika výzkumného problému a položení výzkumné otázky.....	107
8.2	Design výzkumu.....	108
8.2.1	Cíl výzkumu a dílčí cíle výzkumných fází	109
8.2.2	Příprava a celkový průběh tří fází výzkumu.....	110
8.2.3	Zkoumaný program zaměřený na marihuanu a jiné konopné látky	112
8.2.4	Výběr vzorku a charakteristika škol oslovených ke spolupráci na výzkumu	113
8.2.5	Etický rámec výzkumu a nakládání s osobními údaji	116
8.3	První fáze výzkumu – kvantitativní dotazníkové šetření se žáky a studenty.....	118
8.3.1	Metodologie.....	118
8.3.1.1	Dílčí výzkumné otázky	118
8.3.1.2	Tvorba dotazníku jako výzkumného nástroje	118
8.3.1.3	Sběr dat.....	123
8.3.1.4	Statistické zpracování dat.....	123
8.3.2	Popis výzkumného vzorku	125
8.3.3	Výsledky první fáze výzkumu.....	132
8.3.3.1	Okruh A: Znalostní kompetence	132
8.3.3.2	Okruh B: Kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání	144
8.3.3.3	Okruh C: Hodnotově postojoyé kompetence	162
8.3.3.4	Okruh D: Zkušenosti s THC.....	187
8.4	Druhá fáze výzkumu – kvalitativní šetření u pedagogických pracovníků ke zhodnocení efektivity programu primární protidrogové prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky.....	195
8.4.1	Výzkumné otázky	195
8.4.2	Metodologie.....	195
8.4.2.1	Zpracování dat	196
8.4.3	Popis výzkumného vzorku – pedagogičtí pracovníci	197
8.4.4	Výsledky druhé fáze výzkumu	197
8.4.5	Závěry rozhovorů s učiteli – zodpovězení výzkumných otázek	202
8.5	Třetí fáze výzkumu – expertní šetření u lektorů programu primární protidrogové prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky	204
8.5.1	Výzkumná otázka	204
8.5.2	Metodologie.....	204
8.5.3	Popis výzkumného vzorku – lektoři	205
8.5.4	Výsledky třetí fáze výzkumu.....	205
8.5.5	Závěry expertního šetření a zodpovězení DVO8	209
8.6	Závěry výzkumu a diskuse.....	210
8.6.1	Limity výzkumu	215
8.7	Doporučení pro praxi škol a zkvalitnění programu	216
ZÁVĚR.....		220
Seznam literatury		224
Seznam zkratk		241
Seznam tabulek		243

Seznam grafů	249
Seznam příloh	252

ÚVOD

Disertační práce řeší problém z oblasti primární protidrogové prevence, který lze vyjádřit následující otázkou: **Jsou programy realizované ve školách jako součást specifické primární prevence natolik efektivní, aby u žáků a studentů jako účastníků programu došlo k rozvinutí specifických protidrogových kompetencí?** Vzhledem k tomu, že podle řady výzkumů jsou u mladých lidí v období dospívání nejčastěji užívané návykové látky konopné drogy, věnuje se disertační práce zjišťování efektivity u programu zaměřeného na preventivní působení v této oblasti. Zároveň se orientuje na prevenci realizovanou specializovanými poskytovateli ve školách, neboť školní prostředí sehrává v primární prevenci důležitou roli.

Prevence užívání marihuany, obecně též konopných drog, je ve školním prostředí aktuálním a zásadním tématem. I když v roce 2015 došlo oproti roku 2011 k výraznému poklesu u kouření a konzumace alkoholu u 16letých studentů, v porovnání s Evropou jsou zkušenosti českých dospívajících dlouhodobě nadprůměrné (Chomynová et al., 2016). Šestnáctiletí Češi Evropě dominují v celoživotních zkušenostech s užitím jak legálních, tak i nelegálních látek. Ve srovnání s ostatními zeměmi vykazují čeští 16letí nejvyšší celoživotní a 12měsíční prevalenci užití konopných drog. Ačkoliv Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 (dále také Národní strategie v oblasti závislostí nebo NSZ 2019–2027) konstatuje, že kvalita a dostupnost programů školské primární prevence rizikového chování roste, jsou realizovány a podporovány také neověřené preventivní programy (NSZ 2019–2027, s. 14). Realizace takových programů představuje nejen neefektivní vynakládání prostředků, ale zároveň není vyloučeno kontraproduktivní působení na cílové skupiny (například může paradoxně dojít ke vzbuzení zájmu o drogu).

Strategie také upozorňuje, že kvalita a rozsah školské prevence jsou regionálně značně nerovnoměrné, a že naprosto chybí preventivní programy v místních komunitách zaměřené na rodičovskou veřejnost. Mezi identifikované slabé stránky patří také nezáměr o prevenci rizikového chování ze strany rodičů. Víme, že existují relativně efektivní programy školské všeobecné primární prevence rizikového chování ve vztahu k návykovým látkám, ale zatím není přesně známo, na jakého jedince, s jakými charakteristikami působí a jakým způsobem (Mewton et al., 2018). Na místě by proto měl být požadavek, aby každý primárně preventivní program byl systematicky evaluován (EMCDDA, 2019). Provádění jakékoliv preventivní intervence s sebou totiž nese i

iatrogenní rizika, a proto je při evaluaci třeba ověřit a zvážit poměr mezi očekávanými pozitivními dopady intervence a jejími nezamýšlenými nežádoucími účinky (Gabrhelík, 2016; Miovský & Šťastná, 2015). V přehledové studii preventivních intervencí realizovaných v České republice do roku 2010 identifikovali Miovský et al. (2011) pouze pět programů¹, jež byly podrobeny systematické evaluaci efektivity, jejíž výsledky byly následně publikovány.

Z pohledu tématu disertační práce je klíčová evaluace dosažených pedagogických výsledků. V tomto smyslu je v rámci disertačního výzkumu provedeno hodnocení efektivity vybraného programu prevence v oblasti rozvoje protidrogových kompetencí účastníků. Tyto kompetence jsou pro výzkum operacionalizovány jako specifické protidrogové kompetence v oblasti znalostí, strategií chování, které ukazují odolnost vůči nabídce drogy, a hodnotově postojeových kompetencí, které lze zjednodušeně označit jako protidrogové. Stupeň dosažení uvedených kompetencí je u účastníků programu statisticky porovnán s kontrolní skupinou, tedy se žáky a studenty, kteří se preventivního programu neúčastnili.

Koncepce práce a užitá metodologie

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je věnována významu drogové prevence v kontextu protidrogové a vzdělávací politiky EU a ČR, problematice drogové závislosti u dětí a mladých lidí, prevenci užívání návykových látek od historie po současnost, školské a primární prevenci drogových závislostí a rozvoji kompetencí žáků a studentů v kontextu školní primární prevence. K užitým metodám této části patří teoretická analýza a interpretace klíčových konceptů prezentovaných v odborné literatuře. Dále se teoretická část opírá o realizované výzkumy a další zdroje, které umožnily získat inspiraci pro design výzkumu a načerpat podněty k diskusi výsledků.

V empirické části je prezentováno výzkumné šetření se smíšeným sekvenčním designem. Výzkum hledal odpověď na výše uvedenou výzkumnou otázku. **Hlavním cílem výzkumu (HCV) bylo zjistit, zda program primární protidrogové prevence poskytovaný ve školách efektivně přispívá k rozvoji specifických kompetencí žáků a studentů ZŠ a gymnázií. Na základě zjištění navrhnout doporučení na zlepšení efektivity programu.**

¹ Programy Kouření a já, Komunitní program na Praze 6, Přípravení pro život, DDD: Drogy-Důvod-Dopad a Unplugged.

Šetření bylo založeno na metodologické triangulaci technik kvalitativního a kvantitativního výzkumu a rozvrženo do tří fází. V první fázi výzkumu bylo realizováno dotazníkové šetření ($n = 418$), které zjišťovalo, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou účastníků a kontrolní skupinou v oblasti zjišťovaných kompetencí – ve znalostní kompetenci, v kompetenci resistance vůči nabídce, v hodnotově postojové kompetenci. Kromě toho byly vybrané výsledky dány do souvislostí s dosavadními zkušenostmi žáků a studentů s THC.

V návazných krocích byly nálezy z dotazníkového šetření confirmovány a hlouběji analyzovány z pohledu dalších aktérů – učitelů, kteří jsou v rámci programu přítomni, a lektorů, kteří jej realizují. Ve druhé fázi byla realizována kvalitativní sonda formou semistrukturovaných rozhovorů s pedagogickými pracovníky ($n = 4$) s cílem zjistit, jak realizovaný program hodnotí učitelé žáků a studentů, kteří se programu zúčastnili. Pozornost byla zaměřena na hodnocení přiměřenosti pro věkovou skupinu, na to, jaké specifické kompetence žáků a studentů se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře a na zhodnocení silných a slabých stránek programu.

Ve třetí fázi výzkumu byly výsledky dotazníku ověřovány na základě expertního šetření u lektorů programu, opět s využitím semistrukturovaného rozhovoru ($n = 4$). Pozornost byla zaměřena na silné a slabé stránky programu a na reflexi dosažených kompetencí účastníků. V obou návazných kvalitativních fázích bylo hlavní technikou zpracování dat otevřené kódování.

Výsledky jednotlivých fází výzkumu jsou přehledně shrnuty na základě zodpovězení výzkumných otázek. Závěry výzkumu jsou diskutovány a na jejich základě jsou formulována doporučení pro praxi a pro zkvalitnění programu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Drogová prevence v kontextu protidrogové a vzdělávací politiky

Užívání návykových látek a zneužívání drog u dospívajících, na které je zaměřena pozornost této práce, je jen pověstnou špičkou ledovce mnohem složitější problematiky. Jde závažný problém, který se dotýká jednotlivců, rodin i komunit napříč celou Evropou. Nejen že má zneužívání drog řadu negativních zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů, ale trh s ilegálními drogami představuje v celosvětovém měřítku jeden z nejvýznamnějších prvků trestné činnosti. EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost) uvádí ve zprávě z roku 2020, že v Evropě stoupá komplexita trhu s drogami, přičemž se na něm po roce 2009 objevilo více než 50 nových syntetických opioidů. V letech 2012 až 2018 také vzrostl počet úmrtí v důsledku předávkování ve všech věkových kategoriích (s výjimkou osob ve věku 20–29 let). Celoživotní prevalence užívání drog v EU se odhaduje kolem 3,7 % u populace (mezi 15 až 64 lety). V České republice byla prevalence v roce 2018 dokonce 5,3 % (EMCDDA, 2020). Situace však vyžaduje nejen dobrý monitoring, ale také tvorbu a prosazování preventivních opatření, která by přispívala k eliminaci rizik spojených s nabídkou a užíváním drog. Na nadnárodní úrovni lze k takovým opatřením řadit protidrogovou politiku Evropské unie, která poskytuje politický rámec pro vzájemnou koordinaci protidrogových opatření a spolupráci zemí EU. Ten je základním vodítkem i pro stanovení protidrogové strategie České republiky i v oblasti primární prevence. Zároveň je důležité mít na zřeteli, že primární protidrogová prevence je důležitou součástí vzdělávací politiky, která určuje její zaměření a předpokládané cíle. Z těchto důvodů je oběma oblastem věnována pozornost.

1.1 Protidrogová strategie Evropské unie

Situace v oblasti obchodování a zneužívání návykových látek je opakovaně v rámci Evropské unie hodnocena jako velmi závažná. V souladu s tím se v posledních dvou dekádách pozornost zaměřuje na stanovení jasného protidrogového preventivního rámce. V prosinci roku 2012 přijala Rada Protidrogovou strategii EU na období 2013–2020. Cílem bylo přispět ke snižování poptávky po drogách a nabídce drog v rámci EU a k eliminaci zdravotních a sociálních rizik a nepříznivých důsledků spojených s užíváním drog. Strategie vychází ze základních zásad práva EU a podporuje hodnoty, na nichž je Unie postavena: úctu k lidské důstojnosti, svobodu, demokracii, rovnost, solidaritu, právní stát a

lidská práva. Vychází také z úmluv Organizace spojených národů (OSN), které poskytují mezinárodní právní rámec i pro řešení problematiky užívání zakázaných drog.

Hlavní úkoly protidrogové strategie byly formulovány takto:

- přispět k měřitelnému snížení poptávky po drogách, drogové závislosti a zdravotních a sociálních rizik a nepříznivých důsledků spojených s užíváním drog,
- přispět k narušení trhu se zakázanými drogami a k měřitelnému omezení dostupnosti zakázaných drog,
- podporovat koordinaci prostřednictvím aktivní diskuse a analýzy vývoje a výzev v oblasti drog na úrovni EU i úrovni mezinárodní,
- více posílit dialog a spolupráci mezi EU a třetími zeměmi a mezinárodními organizacemi a fóry v otázce drog,
- přispět k lepšímu šíření výsledků monitorování, výzkumu a hodnocení a k lepšímu pochopení všech aspektů problematiky drog a dopadu intervencí, aby bylo možné zajistit spolehlivý a komplexní faktický základ pro politiky a opatření (Protidrogová strategie EU 2013–2020, s. 2–3).

Pro zaměření této práce je důležitá zejména první politická oblast Protidrogové strategie, snižování poptávky po drogách. V jejím rámci Strategie mimo jiné zdůraznila potřebu „vypracovat a uplatňovat kvalitativní standardy v oblasti prevence, včasné detekce a intervence, zmírňování rizik a nepříznivých důsledků, léčby, rehabilitace, opětovného začlenění do společnosti a rekonvalescence“ (tamtéž, s. 4).

Z pohledu dvou přijatých Protidrogových akčních plánů (na léta 2013–2016 a na léta 2017–2020), kterými měla být Strategie uvedena do života, je vhodné zmínit opatření, která měla za cíl snížit drogovou poptávku. Patřila k nim: opatření prevence (environmentální, univerzální, selektivní a indikované), opatření včasné detekce a intervence, opatření zmírnění rizik a nepříznivých důsledků užívání drog, opatření v oblasti léčby, rehabilitace, začleňování do společnosti a následné rekonvalescence a v neposlední řadě také monitoring provádění uvedených opatření (Protidrogový akční plán 2017–2020, s. 29). K indikátorům, podle kterých mají vlády členských zemí hodnotit způsob jejich naplňování, patřil například počet specializovaných preventivních programů, přezkum důkazů jejich efektivity, počty vzdělávacích programů pro specializované pracovníky v oblasti prevence, způsoby zapojení občanské společnosti do aktivit snižujících poptávku

po drogách, účast na programech zaměřených na výměnu zkušeností na úrovni EU a způsoby zapojení do meziresortní spolupráce v této oblasti (tamtéž, s. 29).

1.1.1 Aktuálně platná protidrogová strategie EU na léta 2021–2025

V rámci navazující protidrogové strategie na roky 2021 až 2025 je na základě vyhodnocení předchozích opatření a s ohledem na situaci na trhu s nelegálními drogami a s tím spojenou narůstající trestnou činností kladen důraz na posílení protidrogové politiky v oblasti dopadů na bezpečnost a zdraví občanů EU. Podle Sdělení Komise EU je v plánu reforma protidrogové politiky a lepší koordinace činnosti všech klíčových aktérů na vnitrostátní i mezinárodní úrovni² (Protidrogová agenda a akční plán EU na období 2021–2025). Na základě široce argumentovaného stanoviska Komise byla Radou přijata Strategie EU pro oblast drog na období 2021–2025 (dále jen Strategie 2021–2025).

Strategie je rozdělena do tří oblastí politiky, jimiž jsou:

- snižování nabídky drog: posílení bezpečnosti,
- snižování poptávky po drogách: služby v oblasti prevence, léčby a péče,
- řešení nepříznivých důsledků souvisejících s drogami (Strategie 2021–2025, nečíslováno).

V kontextu řešeného tématu je opět nejdůležitější oblast druhá, spojená se snižováním drogové poptávky. Cílem je „přispívat ke zdravému a bezpečnému vývoji dětí a mladých lidí a dosáhnout snížení užívání nelegálních drog (...) zajistit, aby k prvnímu užití drog docházelo v pozdějším věku, předcházet problémovému užívání drog a snížit ho, léčit drogovou závislost, zajistit rekonvalescenci a opětovné začlenění do společnosti prostřednictvím integrovaného, víceoborového a fakticky podloženého přístupu a také podporou a zajištěním soudržnosti mezi sociální politikou a politikami v oblasti zdraví a soudnictví“ (Strategie 2021–2025, nečíslováno). V tomto smyslu jsou důležité zejména dvě strategické priority (z celkových jedenácti):

² Jde například o agentury a orgány EU, které se zabývají drogovou problematikou, jako je Evropská agentura pro pohraniční a pobřežní stráž – Frontex, Centrum pro námořní analýzu a operace – narkotika (MAOC-N), Agentura Evropské unie pro justiční spolupráci v trestních věcech – Eurojust a Agentura Evropské unie pro vzdělávání a výcvik v oblasti prosazování práva – CEPOL, Agentura Evropské unie pro základní práva – FRA, Evropská agentura pro léčivé přípravky – EMA, Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí – ECDC. Dále pak o celní orgány včetně celních laboratoří, orgány hraniční kontroly, soudní orgány, věznice a nápravná zařízení, úřady pro civilní letectví a námořní dopravu, poštovní služby, zúčastněné strany zapojené do výzkumu a inovací, sociální služby a služby v oblasti léčby drogové závislosti, včetně zdravotnických pracovníků, odvětví vzdělávání a prevence. Protidrogová agenda a akční plán EU na období 2021–2025, nečíslováno.

- Předcházet užívání drog a zvýšit informovanost o nepříznivých účincích drog
- Zajistit přístup ke službám v oblasti léčby a péče a tyto služby posílit

Pokud jde o první prioritu, důležité je, aby intervence a strategie v environmentální oblasti a v oblasti všeobecné prevence byly u dětí a mladých lidí zaměřené na budování odolnosti, zdravotní gramotnosti, podporovaly životní dovednosti a zdravý životní styl.

Účinná prevence by měla být vhodně přizpůsobena místnímu sociálnímu kontextu a potřebám cílové populace. Důležitou cílovou skupinou jsou mladí lidé v jejich přirozených prostředích, jako jsou školy, rodiny, pracoviště, komunity, zábavní prostředí, ale také v prostředí virtuálním, jako je internet a sociální média. Aby je bylo možné lépe oslovit, měly být plně pro prevenci využívány nové a inovativní digitální komunikační kanály. Prováděná opatření by měla rovněž podporovat pozitivní vztahy dospívajících, kteří mají osobní zkušenosti s drogami, s dospělými. V oblasti prevence určené pro zvláště zranitelné skupiny dětí mladých lidí (s vícenásobným znevýhodněním), u kterých lze očekávat riziko užívání drog a horší přístup ke zdrojům, je třeba zlepšovat dostupnost preventivních opatření a služeb (Protidrogová strategie EU 2021–2025, nečíslováno).

Strategie také akcentuje při zavádění cílených včasných intervencí u dětí a mladých lidí multidisciplinární a komplexní přístup, a to usnadňováním spolupráce všech účastníků, včetně rodin, pracovníků ve vzdělávání, služeb na podporu rodiny, služeb pro mládež, volnočasových organizací (studentských svazů, sportovních organizací) a sítí osob, které drogy užívají. Veškerá preventivní činnost by měla být založena na vědeckém základě, měla by být fakticky podložená, realistická, časově vymezená, dostupná, bezpečná, účinná a měřitelná (Protidrogová strategie EU 2021–2025, nečíslováno).

Druhá priorita se zaměřuje na zlepšení dostupnosti služeb. Je pojata zejména ve vztahu k ohroženým a zranitelným skupinám a zahrnuje také genderové hledisko. Strategie k takovým skupinám řadí kromě rizikových dětí a mladistvých také starší osoby s historií dlouhodobého užívání drog a drogové závislosti, lidi s komorbidními problémy v oblasti duševního zdraví, LGBTI+ osoby, lidi užívající drogy polyvalentně, uživatele, kteří jsou zároveň rodiči, osoby se zdravotním postižením, příslušníky etnických menšin, migranti, uprchlíky, žadatele o azyl, osoby poskytující sexuální služby a věnující se prostituci a lidi bez domova. Také doporučuje zlepšit dostupnost služeb pro ženy, jejichž způsoby užívání i problémy s tím spojené jsou jiné než u mužů (Protidrogová strategie EU 2021–2025, nečíslováno). Tito lidé jsou často sociálně stigmatizováni nebo čelí závažným problémům, jako je domácí násilí, traumata, sociální izolace, problémy s fyzickým a duševním zdravím,

kteřé jsou často ještě zhoršeny demografickými, socioekonomickými, situačními a osobními faktory. Účinné poskytování služeb by mělo reagovat na specifické potřeby těchto lidí a odrážet potřeby různých skupin v souvislosti s problémovým užíváním drog (tamtéž).

1.2 Protidrogová preventivní politika České republiky

Politika ČR v oblasti závislostí a její právní rámec jsou ovlivňovány řadou mezinárodních závazných i doporučujících dokumentů, a její realizace se prolíná s dalšími oblastmi veřejné politiky, které mají svoje vlastní strategické či koncepční dokumenty (NSZ 2019–2027, s. 5). V této části bude věnována pozornost zejména dokumentům zaměřeným na prevenci závislostí a rizikového chování u dětí a mládeže, které jsou součástí politiky v oblasti veřejného zdraví (resort zdravotnictví) a vzdělávání (resort školství).

1.2.1 Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027

Jedním z klíčových preventivních dokumentů v oblasti veřejného zdraví je Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 (Národní strategie v oblasti závislostí, též NSZ 2019–2027). Jde o koncepční dokument připravený Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který byl přijatý Vládou ČR 13.5.2019 usnesením č. 329. Jako takový je programovým vyjádřením záměrů a postupu vlády při uplatňování opatření, která mají vést k předcházení a snižování škod vyplývajících z užívání návykových látek, patologického hráčství a nadužívání moderních technologií v české společnosti. Vláda ho přijala na základě § 28 odst. 2 zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Dokument v intencích výše představených Strategií EU definuje politiku pro oblast závislostního chování jako „komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně opatření vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejím účelem je koordinovaným a vědeckými důkazy podloženým přístupem předcházet negativním důsledkům spojeným se závislostním chováním a snížit škody (zdravotní, sociální, ekonomické, nehmotné) působené závislostním chováním jak pro jedince, tak pro společnost, včetně dopadů na veřejné rozpočty, a posílit tak blahobyt (well-being) obyvatel ČR“ (NSZ 2019–2027, s. 5).

Dokument navazuje na předchozí strategii na období 2010–2018, která stanovila čtyři strategické cíle, jež v zásadě trvají i v aktuálním období: snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží, snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství v populaci, snížit rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost, snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní (NSZ 2019–2027, s. 5). Z uvedených cílů plyne důraz, který je v rámci ochrany zdraví kladen na prevenci rozvoje závislostí u mladých lidí.

Zároveň dokument vyhodnocuje úspěšnost strategie protidrogové politiky za roky 2010–2018. Závěry nejsou příliš radostné. Plyne z nich, že míra užívání návykových látek v dospělé populaci neklesá a je na relativně vysoké úrovni. Mezi dětmi a mládeží míra užívání legálních návykových látek aktuálně sice klesá, ale ve srovnání s jinými evropskými zeměmi zůstává vysoká. Výskyt patologického hráčství je v mezinárodním srovnání nadprůměrný, klesá sice hraní technických her (automatů), stoupá však míra on-line hazardního hraní, a to nejvíce u mladých lidí. Míra intenzivního užívání alkoholu obecně v celé populaci je na vysoké úrovni a neklesá. Naopak kouření tabáku vykazuje klesající trend, ve srovnání s Evropou je výskyt v populaci průměrný.

Míra užívání konopí je poměrně vysoká, míra problémového užívání drog (pervitinu a opioidů) je v evropském průměru, nadprůměrně vysoký je výskyt injekčního užívání drog (pervitin, opioidy). Pozitivní je, že společenské a zdravotní dopady problémového užívání (výskyt infekčních chorob, předávkování) a případně jiných nelegálních drog jsou setrvalé na nízké úrovni, významnější není ani dopad na veřejné rozpočty. Za závažné zjištění lze považovat, že v ČR nejsou monitorovány dopady užívání alkoholu a tabáku, přestože jejich zdravotní a finanční dopady jsou obecně známy. Alarmující je, že dostupnost alkoholu a tabáku je v ČR vysoká, a to i pro nezletilé. Dostupnost kontrolovaných nelegálních drog se nemění (NSZ 2019–2027, s. 5-6).

Z uvedeného hodnocení je zjevné, že se ČR potýká s celou řadou problémů, z nich se některé významně týkají mladé generace. Jde zejména o dostupnost alkoholu a tabáku, riziko zneužívání konopí a nárůst on-line hazardního hraní, které může být spojeno s digitálními dovednostmi mladých lidí.

K legislativním úspěchům období 2010-2018 patří, že se podařilo ratifikovat Rámcovou úmluvu WHO o kontrole tabáku, začlenit směrnice 2014/40/EU o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a

prodeje tabákových a souvisejících výrobků a v návaznosti na to přijmout zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Po letech diskusí byl v důsledku nové legislativy zaveden zákaz kouření v restauračních zařízeních a na obalech tabákových výrobků se objevila zdravotní varování (chybí ovšem seriózní vyhodnocení jejich preventivního účinku na uživatele). Byla také zavedena nová zákonná regulace hazardního hraní (NSZ 2019–2027, s. 6).

Podobně jako v EU je i v České republice protidrogová strategie rozpracována do akčních plánů. Pro potřeby této práce je důležité, že hodnocení akčního plánu pro otázky nelegálních drog ze začátku r. 2018 konstatovalo nedostatky v systémovém zajištění školské prevence, nízkou dostupnost programů primární prevence v oblasti závislostí, včetně malé dostupnosti specifických programů selektivní a indikované prevence a nízkou dostupnost adiktologických služeb, zejména zdravotnických ambulantních služeb a programů sociální reintegrace uživatelů návykových látek (NSZ 2019–2027, s. 6). Vzhledem k nárůstu rizika on-line hazardního hraní pro mladé lidi je dalším důležitým zjištěním, že se nedaří plnit ani aktivity v oblasti prevence rozvoje problémového hráčství a jeho včasného zachytu. S problémy se potýká také oblast rozvoje sítě ambulantní péče pro problémové hráče (tamtéž, s. 7).

1.2.2 Strategie vzdělávání 2030 +

Zavádění politiky primární prevence a zajištění školské prevence rizikového chování u dětí a mládeže je v České republice významně v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Aktuálně se vzdělávací politika řídí dokumentem Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+ (dále jen Strategie2030+). Jde o dokument, který navazuje na Strategii vzdělávací politiky ČR do roku 2020. Jeho úkolem je nejen připravit vzdělávací systém ČR na nové výzvy, ale také řešit problémy, které v českém školství přetrvávají. Dokument má obecnou, zastřešující povahu a popisuje zásadní priority, které je třeba ve stanoveném období řešit, zvláště v oblasti regionálního školství, zájmového a neformálního vzdělávání a celoživotního učení. Má dva hlavní strategické cíle, první se zaměřuje na získávání kompetencí potřebných pro aktivní občanský, profesní a osobní život. (SC1), druhý na snižování nerovností v přístupu ke kvalitnímu vzdělávání a umožnit maximální rozvoj potenciálu dětí, žáků a studentů (SC2). Tyto cíle jsou rozvedené ve strategických liniích, které se zaměřují na proměnu samotného vzdělávání, řešení nerovností v přístupu ke vzdělávání, podporu pedagogů, zvýšení odborných kapacit, důvěry a vzájemné spolupráce a zajištění stabilního financování.

Vzhledem k tématu disertační práce je důležité uvést, že pojem „prevence“ se v dokumentu vyskytuje ve dvojím smyslu: za prvé v souvislosti s prevencí sociálních nerovností, které se podílejí na nerovném přístupu ke vzdělávání, za druhé pak v souvislosti s prevencí sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů, pro kterou je potřeba vytvořit ve škole adekvátní podmínky. Není třeba připomínat, že mezi sociální prevencí a prevencí sociálních patologií je úzká souvislost a zlepšení v jedné oblasti může přispět k nápravě v oblasti druhé.

Dokument klade důraz na inovace ve vzdělávání, v souvislosti s tím upozorňuje na nezbytnou prevenci tzv. digitální propasti, která může (jak se ukázalo v pandemické situaci) významně ovlivnit přístup ke vzdělávání. Zdravotní, socio-ekonomické nebo jiné znevýhodnění nesmí posilovat nedostupnost digitálních prostředků, proto je úkolem českého školství vytvoření podmínek pro rozvoj digitálních kompetencí všech žáků (Strategie 2030 +, s. 32).

Další důležitou obsahovou oblastí je oblast občanského vzdělávání. V rámci rozvoje občanských kompetencí má docházet k rozvoji kompetencí nezbytných pro úspěšné společenské fungování jedince. Mezi ně Strategie zahrnuje mimo jiné „schopnost účinně komunikovat s ostatními ve společném či veřejném zájmu včetně ochrany lidských práv, udržitelného rozvoje společnosti a prevence sociálně patologických jevů“ (Strategie 2030 +, s. 33).

Důraz je kladen také na péči o bezpečné prostředí ve školách. Jak dokument připomíná, ve srovnání s jinými zeměmi nemají čeští žáci dobrý vztah ke škole, nechutí se zvyšuje již na konci prvního stupně (více u chlapců než u dívek), což souvisí s nárůstem problémového chování. Problémem jsou špatné vztahy mezi spolužáky, přestupky vůči školnímu řádu, šikana a kyberšikana. Mnoho žáků také pociťuje úzkosti spojené se školou, chybí však důraz na oblast psychohygieny, téměř neexistují programy prevence z oblasti duševního zdraví, deprese, úzkosti, škodlivého stresu a sebevražednosti (Strategie 2030 +, s. 33). Cestou k řešení je posílení well-beingu žáků orientací na rozvoj sociálních kompetencí, podporu osobnostního rozvoje v oblasti sebereflexe, seberegulace a pozitivního sebepojetí, zvyšování jejich participace na řešení problémů školního soužití a tvorbou podmínek pro větší vzdělávací autonomii (tamtéž, s. 33).

Podle dokumentu je třeba zajistit, aby rámcové vzdělávací programy (RVP) kladly důraz na rozvoj osobních a sociálních kompetencí napříč kurikulem. Znamená to, že RVP bude průřezově akcentovat rozvoj osobních a sociálních kompetencí žáků, budou však také více reflektována témata psychohygieny, psychosomatiky, duševních změn, duševního

rozvoje, duševní hygieny, duševního a sociálního zdraví. Větší důraz by měl být také kladen na prevenci rizikových forem chování. Získávání kompetencí v těchto oblastech pomůže zajistit rozvoj sociální senzitivity, interpersonální percepce a empatie. Zároveň skrze ně bude rozvíjena schopnost sebepoznávání, umožňující reflexi a regulaci vlastních duševních stavů. Žáci budou schopni lépe vyjadřovat své vlastní pocity, uplatňovat vhodné metody komunikace a uvědomovat si také stereotypy a předsudky. Zlepší se jejich schopnost vhodně reagovat na obtížné situace a budou schopni aplikovat zdravé způsoby zvládání stresu. Tato témata budou akcentována v primárním preventivním působení škol. Jejich součástí budou také aktivity vedoucí k destigmatizaci duševních chorob (tamtéž, s. 34).

V rámci posílení bezpečí ve školách je také zdůrazněna odpovědnost vedení školy. Má dbát na to, aby bylo rozvíjeno klima, ve kterém se budou cítit dobře všichni aktéři vzdělávání (žáci, pedagogové i rodiče). Zásadní je rozvíjení vzájemných vztahů, posilování důvěry, motivující prostředí a nastavení vhodné podpory každého žáka tak, aby mohl dosáhnout vzdělávacích cílů a co nejlepších výsledků učení.

Kromě individuální práce se žáky je také nezbytné posílit orientaci na prevenci rizikového chování v rámci pregraduální přípravy učitelů i v rámci programů profesního rozvoje (DVPP). V rámci primární prevence by měla být posílena též koordinace školských a školních poradenských služeb – koordinátorů a metodiků prevence, systém jejich vzdělávací a metodické podpory. Také by měl být zmírněn rozsah přímé pedagogické činnosti těchto pracovníků, a to v souladu s velikostí školy (Strategie 2030+, s. 34-35).

1.2.3 Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027 (dále jen NSP 2019–2027) a její Akční plán byly přijaty Usnesením vlády ČR ze dne 18. března 2019 č. 190. Jde o základní strategické dokumenty MŠMT, kterými je vytvářen rámec primární prevence rizikového chování. Cílem je „prostřednictvím efektivního systému primární prevence, fungujícího na základě komplexního působení všech na sebe vzájemně navazujících subjektů, snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže a minimalizovat jeho vznik.“ (NSP 2019–2020, s. 9).

Národní strategie definuje 6 pilířů a 6 strategických cílů:

- **Systém:** Vymezit a ustálit jednotnou terminologii, stabilizovat přístupy, metody a nástroje efektivní primární prevence, sjednotit parametry výkonů v primární prevenci;
- **Koordinace:** Vymezit a ustálit jednotnou terminologii, stabilizovat přístupy, metody a nástroje efektivní primární prevence, sjednotit parametry výkonů v primární prevenci;
- **Legislativa:** Vymezit a ustálit jednotnou terminologii, stabilizovat přístupy, metody a nástroje efektivní primární prevence, sjednotit parametry výkonů v primární prevenci;
- **Vzdělávání:** Zkvalitnit a zefektivnit systém vzdělávání pedagogických pracovníků a dalších aktérů v oblasti primární prevence rizikového chování, který povede ke zvýšení znalostí, dovedností a kompetencí žáků a dalších cílových skupin;
- **Financování:** Zkvalitnit a zefektivnit systém vzdělávání pedagogických pracovníků a dalších aktérů v oblasti primární prevence rizikového chování, který povede ke zvýšení znalostí, dovedností a kompetencí žáků a dalších cílových skupin;
- **Monitoring, hodnocení, výzkum:** Zajistit poskytování kvalitních a efektivních programů primární prevence rizikového chování na základě vědecky ověřených faktů a dat (NSP 2019–2020, s. 9).

V návaznosti na tyto cíle Národní strategie rozpracovává úkoly jednotlivých pilířů. Za podnětnou lze považovat snahu dosáhnout lepší koordinace primární prevence jak na úrovni horizontální (spolupráce jednotlivých resortů a ústředních orgánů státní správy), tak na úrovni vertikální (krajského metodika, metodika v pedagogicko-psychologické poradně, školního metodika a třídního učitele).

Strategie zároveň kriticky upozornila na nedostatky, které vyšly najevo při vyhodnocení předcházejícího, stejně pojmenovaného dokumentu (na roky 2013-2018). Ukázalo se, že ve školském zákoně není dostatečně konkrétně vymezen právní rámec primární prevence, absentuje specializační vzdělávání pro metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách a nedošlo (v důsledku nepřijetí kariérního řádu učitele) ke snížení přímé pedagogické činnosti metodiků prevence. Nedostatkem je také legislativní neukotvení krajského školského koordinátora prevence, což nepřispívá ke stabilizaci systému primární prevence (NSP 2019–2020, s. 20-21).

Řada těchto nedostatků přetrvává i v současnosti. Neexistuje dostatek subjektů, které by poskytovaly efektivní primární prevenci, vzdělávání pracovníků v oblasti prevence je nekoordinované a nejednotné, ve školách působí pouze třetina kvalifikovaných školních metodiků (tamtéž, s. 23). Na období 2019-2027 proto zůstává prioritou zabezpečit podmínky pro výkon činnosti školních metodiků prevence. Cestou je např. navýšení specializačního příplatku, snížení přímé pedagogické činnosti, ale také zkvalitnění a sjednocení standardu specializačního studia pro školní metodiky prevence. Z hlediska vzdělávání je důležité průběžné vzdělávání krajských školských koordinátorů prevence a metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách. Zároveň se počítá s tím, že vzdělávání bude zaměřeno i na další pracovníky školských poradenských zařízení a na pracovníky středisek výchovné péče, kteří se mohou na systému prevence podílet. Další prioritou je zvýšení znalostí a kompetencí třídních učitelů a ředitelů škol, zejména pokud jde o témata bezpečného klimatu škol, práce s klimatem třídy a třídnických hodin (NSP 2019–2027, s. 24).

Z pohledu disertační práce je zajímavý také poslední strategický cíl, zajistit poskytování kvalitních a efektivních programů primární prevence na základě vědecky ověřených faktů a dat. Práce se řešením svého výzkumného problému pokouší v empirické části alespoň malým dílem přispět k jeho úspěšnému dosažení.

2 Problematika drogové závislosti u dětí a mladých lidí

Ze strategických dokumentů plyne, že primární prevence závislosti na návykových látkách a rizikového chování dětí a mladých lidí, je vnímána jako důležitý stabilizační faktor celé společnosti, a to jak po stránce zdravotní, tak sociální a ekonomické. Kromě politických vizí, které proklamují nezbytnost efektivní prevence, jsou zde i fakty podložené studie, které na tuto potřebu také upozorňují. Výsledky prevalence studií jako je ESPAD jasně ukazují, že v České republice jsou zapotřebí efektivní primárně preventivní programy zaměřené na rizikové chování dětí ve vztahu k návykovým látkám.

Evropská studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) je největší celoevropskou studií, jež je zaměřena na zjištění rozsahu užívání návykových látek u mládeže ve věku 15–16 let. Výzkumný projekt je realizován v pravidelných 4letých intervalech již od roku 1995. V roce 2019 proběhla sedmá vlna této studie. Cílovou skupinou jsou studenti ve věku 15–16 let, resp. studenti, kteří v roce realizace studie dosáhnou 16 let, v roce 2019 se tedy jednalo o kohortu studentů narozených v roce 2003. Vzhledem k odlišnostem ve vzdělávacím systému jednotlivých evropských zemí probíhal sběr dat v různých ročnících škol. V ČR byli tím pádem respondenti narození v roce 2003 jak žáky 9. ročníků základních škol, tak studenty 1. ročníků středních škol; v odpovídajícím poměru byli do studie zahrnuti také studenti víceletých gymnázií. Sběr dat probíhal v průběhu března až června 2019. Z celkového počtu (N=2778) bylo 1424 chlapců a 1354 dívek. Po nárůstu míry zkušeností studentů s užitím konopných látek v období mezi rokem 1995–2007 na dvojnásobek hodnot sledovaných v polovině 90. let 20. století dochází od roku 2007 k postupnému poklesu užívání těchto látek v populaci 16letých mladých lidí. Až do roku 2011 uváděli vyšší zkušenosti s konopnými látkami chlapci, od roku 2015 je situace u chlapců a dívek vyrovnaná; pokles míry zkušeností s konopím je tedy v případě chlapců výraznější. Aktuálně sledované hodnoty se výrazněji přiblížily situaci z poloviny 90. let. Zkušenosti s užitím nelegálních drog jsou u chlapců a dívek téměř vyrovnané.

V roce 2019 byla do dotazníku zařazena také screeningová škála CAST (Cannabis Abuse Screening Test), jejímž cílem je odhadnout výskyt intenzivního užívání konopných látek mezi dospívajícími (Spilka et al., 2013, Legleye et al., 2013, Legleye et al., 2011, Bastiani et al., 2013). Škála se skládá z 6 otázek zaměřených na užívání konopných látek v posledních 12 měsících. Při přepočtu odhadu na respondenty, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, spadalo do kategorie rizika 29,4 % uživatelů (28,6 % mužů a

30,2 % žen), z nichž 21,9 % (20,8 %, resp. 23,1 %) spadalo do kategorie nízkého rizika a 7,5 % (7,9 %, resp. 7,1 %) uživatelů konopí spadalo do kategorie vysokého rizika.

Při extrapolaci na populaci dospívajících ve věku 15–16 let jde tedy odhadem o 11–14 tis. osob v riziku v souvislosti s užíváním konopí, z nichž je odhadem 2–4 tis. osob ve vysokém riziku. Při extrapolaci na celou populaci dospívajících ve věku 15–19 let jde odhadem o 27–35 tis. osob, v tom 6–10 tis. je ve vysokém riziku v souvislosti s užíváním konopí (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2020). O tom, že užívání konkrétně marihuany (ze statistického hlediska) v době školní docházky plněné na středoškolském stupni vzdělávání vrcholí, hovoří Collins & Ellickson, (2004 in Riggs a Pentz, 2009, s. 619).

Butters (2004, s. 328) poukazuje na vhodnost zavádění preventivních programů založených na vzdělávání dospívajících v případech, kdy se jedná o problematiku užívání konopí, která je ukázána jako vysoce přitažlivý artikl vyhovující zvýšené míře projevované zvědavosti a tendenci experimentovat u nedospělých osob; u adolescentů by tak na základě edukace mělo být působeno na rozšiřování jejich povědomí o možných nepříznivých dopadech užívání konopných drog.

Na základě vyjádření autorů Washburna a Capaldiho (2014, s. 117) pak lze navíc usuzovat, že dospívající jedinci by měli být též informováni (vzděláváni) o tom, jakým způsobem zpravidla dochází u uživatelů marihuany k proměnám příjmu množství dané drogy a o tom, jak tyto procesy dopadají na zdraví a obecně fungování člověka. Nutné je tedy rozvíjet kompetence v oblastech informační základny o problematice konopných drog, a to nikoli pouze v rámci komparace uživatelů vůči abstinentům, ale i s přihlédnutím k jednotlivým možným variacím užívání marihuany tak, aby měli adolescenti k dispozici potřebné penzum znalostí o problematice, která se jich aktuálně dotýká.

Za důležité lze považovat prevenci konzumace konopných produktů nikoli pouze s ohledem na středoškoláky, ale taktéž na jedince navštěvující základní školu. Pokud jsou totiž dle výzkumů středoškoláci na svém vrcholu v užívání marihuany, může se u nich tento návyk formovat mnohem dříve.

2.1 Vymezení základních pojmů z oblasti drogové závislosti

Mluvíme-li o závislosti a drogové závislosti, nevyhneme se použití drogového slovníku, který zahrnuje různé definice týkající se těchto dvou pojmů. Také je důležité zmínit pojmy, které se v oblasti drogové scény vyskytují.

Drogou se rozumí psychoaktivní látka, která ovlivňuje prožívání reality a která může vyvolat závislost. Podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) jde o „jakoukoli

látku, která, je-li vpravena do lidského organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí“ (Nešpor & Provazníková, 1997, s. 13).

Drogová závislost je psychický, u některých osob i fyzický, stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou. Je charakteristická změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkavou potřebu či silné přání brát drogu. Jde tedy o chorobný stav spojený s nezvladatelnou touhou po opakovaném braní drogy, často se sklonem ke stálému zvyšování dávek (Chmelík, 1999, s. 10).

Další definice drogové závislosti říká, že jde o „chorobný stav, spojený s nezvladatelnou touhou po opakovaném braní drogy, mnohdy s tendencí ke zvyšování dávek“. Tento pojem nahrazuje dřívější termíny narkomanie a toxikomanie. Při nedostatku drogy může dojít k abstinenčnímu syndromu (Vokurka, 2005, s. 198).

Dále musíme zmínit pojmy abúzus a zneužívání drog. Abúzus je nadměrné užívání, zneužívání či nadužívání drog. Může jít buď o stav jednorázový či o stav trvalý. Kromě drog se abúzus také týká např. kofeinu, tabáku či některých léků (Vokurka, 2005, s. 4). Za zneužívání drog se pokládá užívání každé látky ze seznamu kontrolovaných látek pro účely jiné než vědecké a lékařské. Pojem zneužívání se vztahuje i na užívání léků bez medicínských důvodů, týkajících se zejména užívání předepsaných léčiv nadměrně často a v nadměrných dávkách (Kalina, 2001, s. 118).

Závislost a syndrom závislosti je v ICD-10 (10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO) definován jako soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjejí po opakovaném užití látky a které zahrnují tyto projevy:

- nutkavou potřebu či silné přání užít drogu,
- poruchu ovládání při jejím užívání a ztrátu volní kontroly,
- užívání a neschopnost odpoutat se od drogy navzdory škodlivým následkům,
- a tělesným i duševním komplikacím,
- upřednostňování drogy před ostatními aktivitami, orientace pouze na život s drogou, její shánění a následné zotavování se z jejího účinku,
- zvýšenou nebo sníženou toleranci,
- abstinenci příznaky při nedostatku či vysazení drogy.

Aby byla naplněna diagnóza závislosti, je zapotřebí přítomnosti alespoň tří z uvedených projevů (Kalina, 2001, s. 117). Dále bych chtěla zmínit definici závislosti

podle DSM-IV (4. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace). Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat minimálně tři ze sedmi uvedených příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období. Jsou to následující příznaky:

- rostoucí tolerance – zvyšování dávek,
- odvykácí příznaky po vynechání dávky,
- větší množství přijímané látky nebo delší doba užívání látky, než byl původní úmysl,
- snaha nebo pokusy omezit přijímání látky,
- velké množství času tráveného užíváním, obstaráváním látky nebo zotavováním se z účinků,
- zanechání nebo omezení běžných aktivit v důsledku užívání látky,
- pokračování v užívání látky navzdory problémům, které jsou způsobeny nebo zhoršovány jejím užíváním (Nešpor, 2011, s. 22-23).

Vedle konceptů závislosti a zneužívání návykových látek známe i další pojmy v oblasti drogové závislosti. Nejdůležitější z nich jsou intoxikace a abstinenční syndrom. Intoxikace je přechodný stav, jenž následuje po požití nebo asimilaci drogy nebo alkoholu, ve kterém zaznamenáváme změny úrovně vědomí, poznávání, vnímání, afektivního stavu, chování či jiných fyziologických a psychologických funkcí a reakcí. Jedním z nejvíce nežádoucích účinků užívání drog je však abstinenční syndrom. Objevuje se, když osoba projevuje stav zneužívání, závislosti na látce a přestane ji náhle konzumovat nebo je spotřebovaná dávka nedostatečná (Becoña, 2002).

Mezi další pojmy v oblasti drogové závislosti patří také polytoxikomanie, polyaddiction neboli též vícenásobné užívání látek. Jde o stav, kdy osoba s primární diagnózou závislosti na psychoaktivní látce, je současně také závislá na jiné látce nebo látkách. Například uživatel heroinu, který užívá také kokain, nebo uživatel kokainu, který často užívá alkohol nebo léky, například k zabránění účinku úzkosti. Uživatelé heroinu nebo konopí také často používají sedativa, hypnotika, anxiolytika a další látky. V současné době jde o běžný jev, zejména pokud osoba užívá heroin. Osoba může používat jiné psychoaktivní látky, a to buď z důvodu, že v určitém čase není k dispozici žádný heroin, k potlačení účinků abstinenčního syndromu, nebo také ke zvýšení účinků (Becoña, 2002, s. 54).

2.2 Znamky závislosti

Obvykle je v rozpoznávání šest znaků závislosti. Mezi ně patří **bažení**, což je silná touha nebo puzení užívat látku. Definice bažení byla stanovena jako touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla daná osoba dříve zkušenost. Bažení rozdělujeme na tělesné a psychické. Některými projevy psychického bažení jsou oslabení paměti, nálezy týkající se aktivace některých částí mozku, prodlužování reakčního času a zvýšená tepová frekvence (Nešpor, 2011, s. 12). K subjektivním příznakům bažení patří:

- vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma,
- svírání na hrudi či svírání žaludku, třesy, pocení a bolesti hlavy,
- silná touha po návykové látce spojená s úzkostí, únavou, podrážděností, slabostí a zhoršeným vnímáním okolí (Kalina, 2001, s. 24).

Bažení je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti (Kalina, 2001, s. 24). Dalším znakem závislosti je zhoršené sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky. Pacient si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. Malé a zhoršené sebeuvědomění může souviset i s nadměrnou únavou a dlouhodobým vyčerpáním. Sebeuvědomění zhoršuje i návyková látka, a to i jiná, než na které je člověk závislý. Nejčastějším důvodem nedostatečného sebeovládání bývá to, že k recidivě návykového chování dojde rychle ve vysoce rizikovém prostředí, které měl pacient spojené s návykovým chováním. Prospěšná je změna životního stylu, přátel nebo zaměstnání (Nešpor, 2011, s. 14).

Dalším znakem je somatický odvykací stav. Pro jeho diagnózu musí být splněna tato kritéria: nedávné vysazení či redukce látky po dlouhodobém užívání, příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním (Nešpor, 2011, s. 16). Pro některé odvykací syndromy platí různá diagnostická kritéria, a to podle druhu zneužívané látky (Nešpor, 2011, s. 17).

Růst tolerance vůči droze je dalším znakem závislosti. Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba stále vyšších dávek látek, neboť stejné dávky mají nižší účinek. Zvýšená tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity nervového systému na návykovou látku (Nešpor, 2011, s. 19; Colligan, 2011).

Dalším znakem je zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Jedná se o zanedbávání zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času potřebného k získání nebo užívání látky, případně k zotavení se z jejího účinku. Některým závislým

zabírá shánění látky, její aplikace a zotavování se z jejího účinku prakticky všechen čas (Nešpor, 2011, s. 20; Colligan, 2011).

Posledním znakem závislosti na návykové látce je pokračování v jejím užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Aby byl tento příznak validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován. Člověk, který návykovou látku užívá, musí vědět o svém zdravotním stavu a o škodlivých následcích (Nešpor, 2011, s. 21, Colligan, 2011).

Podle Atkinsona (2003, s. 211–212) se drogová závislost projevuje následujícími způsoby:

- tolerancí neboli tělesnou závislostí, kdy jedinec musí postupem času zvyšovat dávky drogy, aby dosáhl svého obvyklého účinku,
- abstinenčními příznaky, při nichž je přerušení užívání drogy spojené s nepříjemnými tělesnými i psychickými reakcemi,
- psychickou závislostí, kdy jedinec užívá větší množství drogy, než by chtěl, snaží se mít užívání drogy pod kontrolou, ale v tomto úsilí selhává a velké množství času věnuje získávání drogy.

Cílová skupina dětí není pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami. Návykové problémy u dětí mají svá specifika, která se týkají odlišnosti působení návykových látek. Mezi ně patří zejména skutečnost, že závislost na návykových látkách se vytváří rychleji, a to vzhledem k nezralosti nervové soustavy. Je zde také vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost s užíváním a vyšší sklon k riskování. U dětí a mladých lidí je také vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky, což může vést ke konfliktům se zákonnými normami společnosti. Vzhledem k touze experimentovat mají mladí lidé častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek. Nezanedbatelná jsou zdravotní rizika: alkohol a jiné drogy narušují vytváření mozkových buněk, které probíhá v dospívání. U dětí závislých na návykových látkách je zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (Nešpor, 2011, s. 53).

2.3 Faktory rozvoje drogové závislosti u dětí a dospívajících

Obecně lze říci, že příčiny závislosti nebo užívání návykových látek se u každého jedince liší. Podle nálezů EMCDDA 2020 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) je třeba vést ve vztahu k faktorům problémového užívání drog v patrnosti zejména následující faktory:

Věk: Ukazuje se, že čím je jedinec při prvním užití drogy mladší, tím je pravděpodobnější, že si vytvoří závislost, což bude vysoce pravděpodobně sociální a zdravotní dopad na jeho další život.

Pohlaví: U žen existuje větší pravděpodobnost výskytu problémů a negativních zdravotních následků v důsledku užívání drog než u mužů (například užívání drog u žen může negativně ovlivnit plodnost, v těhotenství se zvyšují rizika prenatálního poškození plodu).

Tělesné zdraví: Užívání drog má obecně negativní zdravotní dopady. Závažné jsou u chronicky nemocných, neboť užívání drog může jejich zdravotní potíže zhoršit, přispět k riziku smrtelného předávkování, ohrozit dodržování léčebného režimu a celkový výsledek léčby.

Duševní zdraví: Užívání drog může zvyšovat riziko rozvoje problémů v oblasti duševního zdraví, také dochází ke zhoršení duševních onemocnění a u osob trpících depresí, úzkostnými poruchami nebo schizofrenií.

Biologické vlivy: Vnímavost jedince vůči drogám je dána také neurobiologickou výbavou a má vliv na to, jak bude jeho organismus reagovat. Dávka tolerovaná organismem jednoho člověka může mít u jiného fatální následky. Riziko újmy ovlivňuje také impulzivita a další rysy osobnosti.

Socioekonomické faktory: U sociálně znevýhodněných či vyloučených jedinců existuje větší pravděpodobnost, že budou užívat drogy. To může sekundárně dále prohlubovat sociální znevýhodnění, například tím, že mladí lidé nedokončí školu nebo nezískají dobře placenou práci. Uživatelé drog bez domova často volí rizikovější praktiky (např. sdílení jehel) nebo užívají drogy v nebezpečném prostředí.

Rodinné faktory: Mohou zvyšovat individuální vulnerabilitu vůči drogovým problémům. Pokud např. někdo z rodiny užívá návykové látky, může to zvýšit pravděpodobnost užívání drog u dalších rodinných příslušníků. Naopak dobré rodinné zázemí a rodičovský dohled může mít protektivní efekt a pomáhat při řešení problémů.

Etnická příslušnost, náboženské vyznání a sexuální orientace: Pokud jde o příslušníky menšin (definovaných etnickým původem, vyznáním či sexuální orientací), užívání drog může být vyšší, pokud jsou drogy v rámci jejich komunit snadno dostupné nebo pokud pro ně neexistují preventivní programy. Pokud se u nich vyskytnou problémy s drogami, stigmatizace a omezený přístup ke zdravotní péči mohou být překážkou vyhledání pomoci. Některé minoritní komunity ale vykazují i nižší míru užívání drog

z důvodu silné sociální soudržnosti, úzkých rodinných vazeb nebo náboženského vyznání (EMCDDA, 2020, s. 23-25).

Podobně Hajný (2001) uvádí, že užívání drog nemá jednu jedinou příčinu platnou pro všechny, kdo s užíváním drog začínají. Příčin je mnoho a u každého převažují jiné. Často existuje kombinace biologických, psychologických a sociálních faktorů, které mohou přispět k rozvoji závislosti. Mezi rizikové faktory patří geny člověka, způsob, jakým mozek člověka funguje, předchozí zkušenosti s traumatem, kulturní vlivy nebo sociální problémy, jako je chudoba a další překážky přístupu k sociálním determinantám zdraví. Sociální determinanty zdraví jsou sociální a ekonomické podmínky v životě člověka, které mohou hrát významnou roli a mohou mít vliv na problémy související se závislostí a užíváním návykových látek.

Důležitá jsou vývojová specifika. Dospívání je jedinečné období pro každou lidskou bytost. Vyznačuje se bio-psycho-sociálními změnami a adaptacemi, které jednotlivec zažívá v procesu změny do dospělého života. Je zdůrazněno novými osobními a mezilidskými dovednostmi a schopnostmi, zkušenostmi, hledáním identity a možnostmi, které mohou být rozhodující a trvalé v dospělém životě. Tento přechod je považován za kritický, protože spolu s dalšími faktory, zejména faktory životního prostředí, může vyvolat užívání/zneužívání drog (Gonçalves, Canassa, Cruz et al., 2019).

V procesu dospívání dále může závislost ovlivnit záškoláctví, zintenzivnit obtíže v rodinných a profesních vztazích, což má velký sociální dopad. V této souvislosti je důležitým faktorem přispívajícím k lepšímu dodržování terapeutického plánu význam pochopení singularit dospívání, odkaz na chemickou závislost, psychodynamické fungování, mezilidské vztahy a podpora rodiny jako ovlivňujících chování, profesní vazba na pacienta a osobní motivace ke změně chování. Z pochopení těchto různých faktorů a vztahu mezi nimi je možné pozorovat možnosti pomoci a formulovat přístup, který zaručuje účinnost akcí, protože dospívající jsou v literatuře uváděni jako skupina, která projevuje nepřátelství, nedůvěru a další formy rezistence a nízkou motivaci k dodržování léčby (tamtéž).

Důležitým faktorem, který ovlivňuje vývoj a jedince jako takového, je rodina. Rodiče své děti ovlivňují nejen svými hodnotami, slovy, ale rovněž i svými činy (Matějček, 1992). „Dnes už nikdo nepochybuje o tom, že prostředí, do kterého se rodíme, ve kterém vyrůstáme a žijeme, v nás zanechává zřetelné stopy a v nějaké míře nás poznamenává a ovlivňuje“ (Kraus, 2008, s. 73). Nejen, že se děti učí nápodobou, ale velkou roli například v závislosti na alkoholu mohou hrát i genetické dispozice. Jestliže je

jeden z rodičů závislý na alkoholu, objevuje se u něj defekt na genu, který vyplavuje endorfiny, které jsou zapotřebí k libému pocitu – a právě potomci alkoholiků mají pravděpodobně schopnost produkce endorfinu sniženu, a proto inklinují k alkoholu, který jim zajistí plně prožívat radosti (Kraus, In Kraus, Poláčková, et al., 2001; Kraus, 2008). Také nízká prosociální rodinná interakce, stejně jako vzájemná deviace a užívání drog, jsou rizikovými faktory pro zahájení užívání drog v dětství (Ferrence, 2001).

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

- nedostatečné citové vazby k jedinci,
- nedostatek času, malý dohled,
- přehnaná přísnost,
- nejasná pravidla při výchově,
- dlouhodobý manželský konflikt,
- nespolupráce mezi rodiči ve výchově,
- rodiče schvalují alkohol a jiné návykové látky,
- uživatel některé návykové látky žije ve stejné rodině,
- podceňování, nebo naopak ctižádost rodičů,
- časté stěhování,
- sexuální zneužívání, týrání v rodině,
- rodiče nevytváří pro své dítě zájmy a záliby,
- špatné hmotné zabezpečení rodiny (Nešpor, 2011).

Vztah rodinného prostředí a závislého chování popsal nejpodrobněji Cancrini. Uvádí čtyři typy závislosti, odpovídající určitým znakům rodin. Jde o zjednodušenou klasifikaci, která ukazuje na vznik a povahu závislosti:

- závislost traumatického typu – může po zpracování traumatizace odeznít,
- neurotická závislost – nejčastější prostředí pro rozvoj závislosti,
- přechodová závislost – může jít o souběžnou hraniční poruchu osobnosti nebo rysy závislého,
- sociopatická závislost – závislost není primární problém, zapadá a je součástí životního stylu závislého (Cancrini in Kalina, 2008, s. 46).

Je zjevné, že právě dobře fungující rodina je jedním z nejdůležitějších protektivních faktorů, který může ovlivnit dítě v závislosti na pozdějším užívání návykových látek. Jde především o výchovné kompetence rodičů, vést dítě ke schopnosti umět se prosadit a být zodpovědný za své chování. Je také nutné, aby rodiče, samozřejmě v přiměřeném věku dítěte, o návykových látkách s dítětem mluvili, a to takovým způsobem, aby dítě pochopilo, proč se návykovým látkám raději vyhnout. Je dobré, když rodiče dokáží vyslechnout názor dítěte a vyjádřit svůj vlastní. Jsou schopni respektovat práva dítěte a práva vlastní. Děti, které vyrůstají v takovém prostředí, bývají nezávislé, zdatné, dokáží se přiměřeně prosadit, jsou zodpovědné, dostatečně sebevědomé a dokáží ovládat svůj hněv a agresi (Nešpor, Csémy, 2003, s. 11).

Rodina je také důležitým faktorem preventivní práce. Platí pravidlo, že s čím mladším jedincem pracujeme, tím více je potřeba zapojovat do spolupráce rodinné příslušníky (Broža in Kalina, 2003, s. 232). Děti jsou pevně vázány na rodičovské postavy a jejich chování bývá reakcí na vnější impulsy. Z toho plyne potřeba pečovat nejen o klienta – dítě, ale o celý systém, ve kterém se dítě pohybuje. To přináší, jak naději, že i menší změna systému může změnit chování dítěte, tak i velkou obtíž, protože spolupráce s rodiči bývá mnohdy velmi náročná. Rodiče požadují, aby jejich dítě, které jim vytváří problémy, bylo změněno, často ale nedokáží reflektovat svůj vliv na aktuální chování dítěte a na jeho možnou nápravu. Pokud odborník spolupracuje pouze s dítětem, ukazuje se tato spolupráce jako nepříliš úspěšná. Dítě se při spolupráci sice velice rychle přizpůsobuje a přistupuje na změny v chování (Broža in Kalina, 2003, s. 234). Pokud se však vrátí do prostředí, které změny nerealizuje, tak se okamžitě vrací k původním vzorcům chování. Důležitým cílem při práci s dětmi je proto také motivace rodičů. Jedná se o motivaci k aktivitě při navozování změny. Rodiče jsou pro děti nejvýznamnější osoby, a to i když dle společensky daných norem neplní své funkce (Broža in Kalina, 2003, s. 235).

Příčiny mohou být spojeny také s atraktivními atributy, které drogy na počátku jejich užívání pro mladé nebo začínající uživatele mají. Mezi ně patří i jejich spojení s tajemným, nepoznaným, novým. S tím je spojeno experimentování, které je spolu s riskováním důležitou součástí dospívání. Mnoho dospívajících zkouší nové věci, aby zjistili, kdo vlastně jsou, co chtějí a co naopak nechťejí. Experimentování může být jen způsobem, který dítě může po určité době přirozeně opustit. Je mnoho takových případů, takže tomu můžeme věřit a je v tom také naděje (Hajný, 2001, s. 11).

Avšak neznamená to, že bychom neměli přestat sledovat míru a důsledky takového experimentování, protože experimentování je spojeno s řadou rizik. Patří mezi ně například následující:

- dítě nemusí znát účinky, množství a kvalitu drogy – může dojít k předávkování,
- i jeden experiment s drogou může vést k opakovanému užívání,
- droga může nabídnout zdánlivou cestu z nepříjemných pocitů,
- dítě také může být tlačeno k užívání drog ostatními ve skupině a některé z účinků drog mohou uspokojit aktuální potřeby dítěte (Hajný, 2001, s. 11-12).

Většina ze zmíněných příčin může sehrávat roli při vzniku i udržování závislého chování. Mnohé z nich však nelze prokázat jako skutečné příčiny a mnohdy je sporné, zda jde o následek či příčinu. Některé typy rodinných vztahů nebo některé osobnostní rysy mohou představovat prostředí pro růst návyku a závislosti a některé je spíš doprovázejí nebo vznikají až jako důsledek. Je třeba o takových vztahových a psychologických problémech vědět a zahrnout je do léčebného procesu (Hajný in Kalina, 2008, s. 51).

Důležitou roli u adolescentů hraje prostředí školy. Mezníkem rané adolescence je povinná školní docházka a následná diferenciací dalšího profesního směřování v adolescenci pozdní. Na úrovni školy se může objevit řada rizikových vlivů, které snižují odolnost vůči návykovým látkám: škola neprovádí prevenci, škola nespolupracuje s užitečnými institucemi, nejsou stanovena jasná pravidla zákazu návykových látek ve škole, návykové látky jsou v okolí školy žákům dostupné, žáci jsou zesměšňováni a ponižováni, učitelé zdůrazňují pouze nedostatky žáků (Vágnerová, 2005; Nešpor, 2003).

Se sociálním prostředím školy úzce souvisejí vrstevníci, tedy jedinci, které sbližuje věková a názorová blízkost. Všichni hledají svou identitu, snaží se odlišit, upravují svůj zevnějšek, hledají své hodnoty, zájmy, utvářejí skupiny, čímž se chtějí odlišit od okolní společnosti (Matoušek & Matoušková, 2011). Tím, že se navzájem vrstevníci ovlivňují a období adolescentů je typické hledáním a vyzkoušením něčeho jiného, se mohou objevit rizikové faktory spočívající ve vyzkoušení některých návykových látek. Rizikové vrstevníci jsou zejména ti, kteří mají problémy s autoritami, chovají se protispolečensky, ostatní jedince zesměšňují, k návykovým látkám se staví pozitivně, zneužívají návykové látky (Kraus, 2008; Vágnerová, 2005; Nešpor, 2003).

Stejně jako se ve škole mohou objevit různé spouštěče zvyšující u mladého člověka riziko experimentování s drogami, je škola také jedním z nejvýznamnějších protektivních faktorů. Přestože existují různé typy prevence, nejpropracovanější je prevence prováděná ve školách, protože právě tam se vyskytuje skupina, která je sice ohrožená, pokud jde o riziko konzumace drog, ale také dobře ovlivnitelná, protože ještě nedošlo ke zformování nevhodného životního stylu. Becoňa (2002) konstatuje, že právě ve škole lze s využitím preventivních programů univerzálního typu dosáhnout významných výsledků s nízkými náklady, neboť působíme na celou populaci. Přesto ani toto nestačí a je třeba, aby programy byly doplněny o více intenzivní preventivní programy na úrovni rodiny a komunity, neboť je nutné zahrnout také specifické faktory prostředí, aby bylo usnadněno odmítnutí drogy. Proto se v posledních letech klade důraz na preventivní programy v rodinném, komunitním a pracovním prostředí. Rozvíjí se také preventivní programy zaměřené nejen na věkové skupiny, ale také konkrétní podskupiny (etnické podskupiny, rizikové podskupiny, prevence zaměřená na konkrétní typy drog (Becoňa, 2002).

Komplexní popis rizikových a ochranných faktorů ve vazbě na prostředí nabízí Tabulka 1.

Tabulka 1 – *Intervenční prostředí, rizikové faktory a ochranné faktory*

Prostředí	Rizikové faktory	Ochranné faktory
Jedinec	Nízké sebevědomí, genetická predispozice, vyhledávání intenzivních pocitů a emocí, agresivita, problémy s chováním, vzpoura, odcizení, akademický neúspěch, potíže se zvládáním emocí, potíže s rozhodováním, nedostatek asertivity a jiné.	Optimismus, empatie, přiměřená intelektuální kapacita a akademický výkon, zvýšená sebeúcta, adekvátní zvládání emocí, schopnost řešit problémy, autonomní a kritické myšlení, odhodlání a vytrvalost, správná schopnost komunikovat, duchovní hodnoty, schopnost odkládat uspokojení, frustrační tolerance, asertivita, schopnost zvládat skupinový tlak a jiné.
Vrstevníci	Vztah s lidmi, co konzumují; odmítnutí v prvních ročnících; přátelství s dětmi, které byly odmítnuty; vazby s vrstevníky, kteří zneužívají psychoaktivní látky a účastní se trestné činnosti; tlak vrstevníků; přátelé, kteří nedokončili školní docházku a jiné.	Význačné vztahy s vrstevníky, kteří nekonzumují psychoaktivní látky; přátelství s vrstevníky, kteří se účastní aktivit pořádané školou, aktivit rekreačních, dobrovolnických, duchovních, a dalších; rezistence vůči tlaku vrstevníků; produktivní využití volného času a jiné.

Rodina	Rodiče alkoholici, tolerance rodičů vůči alkoholu a jiným návykovým látkám, ochablá a nekonzistentní rodičovská kázeň, negativní komunikační vzorce, stres a konfliktní vztahy, problémy ve výchově, neschopnost se vyrovnat s těžkými situacemi, absence péče a dohledu dospělého, odmítnutí rodičů, fyzické nebo sexuální zneužívání, příliš autoritativní rodina, nedostatek uznání, nadměrná ochrana, nejasné nebo žádné hodnoty, nereálná očekávání a jiné.	Rodinné pouto a integrace, zdravá přesvědčení a jasná pravidla chování, důvěra a zdravá a pozitivní dynamika rodiny, správná komunikace, účast na činnostech a odpovědnosti v domácnosti, vzájemná podpora mezi členy rodiny, existence jasných a definovaných hodnot, uznání úspěchů a jiné.
Škola	Nedostatečná podpora pozitivních hodnot a postojů školy; vysoká míra zneužívání návykových látek a existence norem, které upřednostňují nebo podporují zneužívání psychoaktivních látek; vazby žáků na problémové skupiny; nízké morální standardy profesorů a žáků; nedostatek pocitu sounáležitosti se školou; pocit zanedbání a lhostejnosti studentů ze strany učitelů; akademický neúspěch a diskriminace; nedostatečné informace o problematice užívání drog; nedostatek podnětů k aktivní účasti a kreativity studentů; nedostatek rekreačních, sportovních, a kulturních činností; nedostatečná politika, která by zabránila užívání psychoaktivních látek; dostupnost psychoaktivních látek blízko nebo přímo v prostředí školy a jiné.	Certifikované školy; příležitost prosociálního zapojení; odměna za účast na prosociálních akcích; zdravá přesvědčení a jasná pravidla chování; úzké a uctivé vztahy s profesory a vhodná institucionální atmosféra; podpora kreativity a posílení osobních zdrojů, schopností a dovedností; participativní metodologie; důsledné zásady týkající se konzumace psychoaktivních látek; pedagogové jdoucí příkladem a jiné.

Komunita	Zvýšená kriminalita a násilí; vysoká hustota obyvatelstva; zanedbání veřejných prostorů; snadná přístupnost ke drogám; nejednoznačné názory týkající se užívání drog; absence aktivních institucí v komunitě; neuspořádané městské čtvrti, které postrádají vedení; nedostatek příležitostí pro účast mládeže na přínosných činnostech; chudoba, nedostatek pracovních příležitostí, nedostatek ekonomické mobility a sociální podpory; nedostatek organizace a účasti v komunitě; příznivý postoj ke drogám; nedostatek vůdců; nedostatek kultury a jiné.	Organizovaná komunita a dostatek příležitostí k účasti jako člen komunity; ztížená dostupnost psychoaktivních látek; sociální síť a podpůrné instituce v rámci komunity a zdravé kulturní normy, které podporují pokrok mladých jedinců; rekreační a sportovní vyžití; přítomnost pozitivně smýšlejících vůdců a jiné.
Společenské prostředí	Nedostatek příležitostí ve vzdělávání; absence preventivních programů a politik; média, která podporují užívání drog; konzumní společnost; nezaměstnanost; přítomnost sítí produkce a distribuce drog; sociální vyloučení a jiné.	Existence preventivních programů a politik; síť jak vládních, tak nevládních organizací; studijní a pracovní příležitosti; podpora osobního a sociálního rozvoje; zavedení a podpora skupin mládeže; kontrola médií co se týče zpráv a kampaní souvisejících s užíváním drog; kulturní hodnoty, zesílení národní identity a jiné.
Pracovní prostředí	Pracovní konflikty; nestabilní práce; příliš kompetitivní prostředí; užívání drog v práci; tlak ze strany vrstevníků; tolerance užívání určitých látek; dostupnost určitých látek a jiné.	Adekvátní pracovní nasazení, kariérní vyhlídky, propagace hodnot, kvalita pracovního života, propagace zdraví, rozvoj dovedností, integrace, motivace k práci a jiné.

Zdroj: Národní ústav pro zneužívání drog (2004, s. 7) a DEVIDA (2007, s. 47-52)

Z tabulky 1 plyne, že v současnosti je snaha o komplexní popis faktorů, které mohou zvyšovat riziko užívání drog, stejně tak je snaha vystihnout a definovat faktory ochranné. V podmínkách ČR je běžné zdůrazňovat význam rodiny a školy, by bylo však vhodné změřit se více na komunitní a pracovní faktory, které jsou důležité zejména při tranzicích dospívání. V neposlední řadě jsou důležitým protektivním faktorem také mimořádné schopnosti odborného pracovníka. Ten musí být nejen dobrým profesionálem, poradcem a psychoterapeutem v oboru závislostí, ale také by se měl velice dobře orientovat v oblasti dětského a adolescentního vývoje.

V neposlední řadě by měl znát charakteristiku rodiny a být zralou a stabilní osobností, která je pro děti a jejich rodiny přijatelná i po stránce neformální autority, sympatií a vzájemného respektu.

3 Prevence drogové závislosti

S prevencí se setkáváme v mnoha oblastech života. Jednou z vnitřní struktury jejích obsahů je i prevence rizikového chování u dětí a mládeže, které je spojeno s užíváním drog. Negativní jevy ve společnosti představují celosvětový problém a prevence je jednou z cest, jak je minimalizovat. V práci je kladen důraz na primární prevenci, její historické zakotvení v ČR je představeno hned po vymezení pojmu prevence, také jsou představeny organizace, které slouží k výměně poznatků a je vymezen pojem prevence. Následně je více rozebrána prevence drogové závislosti, modely prevence a zásady efektivní prevence.

3.1 Pojem prevence

Prevence (profylaxe) podle obecného pojetí znamená předcházení, zamezení vzniku nemoci nebo nežádoucího jevu (Miovský, 2007, s. 9). Ondrejko (2009, s. 283) uvádí, že pojem prevence, je aktivita, jejímž cílem je předejít, případně minimalizovat problémům různého charakteru. V nejobecnějším smyslu je chápána jako cesta posilování zdraví nebo jako cesta předcházení různým formám rizikového chování jednotlivců v různých etapách jejich životní cesty (Orosová, 2003, s. 11). Levická (in Schavel 2010 s. 10) charakterizovala prevenci jako činnost nasměrovanou na minimalizaci antisociálních problémů, které se vyskytují v životě jednotlivců, rodin, skupin, případně i komunit. Prevenci nazývá jednáním, které brání vzniku těchto problémů. Liba (2001, s. 57) vymezuje ve vztahu k rizikovému chování prevenci jako komplexní, koordinované a kontinuální provádění psychologických, psychoterapeutických, resocializačních a výchovných metod.

Podle Schavela (2010, s. 16) mezi základní funkce prevence patří:

- plánování, projektování a samotná realizace v rámci preventivních aktivit,
- příprava a vzdělávání nositelů prevence prostřednictvím specializovaných programů a tréninků, ale i prostřednictvím poskytování informačních materiálů,
- podpora, pomoc a poradenství pro instituce, které se podílejí při realizaci preventivních aktivit,
- definování priorit, identifikování základních okruhů problémů,
- dokumentování aktivit v oblasti prevence,
- péče o odborný růst a vzdělávání nositelů preventivních aktivit – realizátorů.

Je zajímavé, že v uvedeném výčtu chybí evaluace preventivních aktivit, která je naopak v současném trendu fakticky podložených intervencí klíčová.

Na základě dosud existujících zjištění je možné v prevenci drogových závislostí rozlišovat několik etap:

- etapa intuice – je charakterizována dobře míněným úsilím poháněným zdravým rozumem, intuicí,
- etapa teorie prevence drogových závislostí,
- etapa výzkumu efektivnosti programů prevence drogových závislostí a etiologie drogové závislosti (Orosová, Gajdošová & Salonna, 2007).

Lze konstatovat, že aktuálně se nacházíme v poslední fázi (viz též kapitola 3.5). Prevence se zaměřuje na takové formy chování, které mohou vést k rozvoji závislostí anebo představují riziko zdravotního poškození na kterékoliv úrovni bio-psycho-socio-spirituálního pojetí zdraví. Cílová skupina může být definována na základě věku (kritická období vývoje), náročnosti (zranitelnosti a zasaženosti) a institucionálně (školní populace, rizikové profese...) (Miovský & Zapletalová, 2015).

3.2 Historický vhled do vývoje oboru primární prevence v ČR

Historický vývoj lze rozdělit do několika období. Zásadní mezník jde zasadit do roku 1989. Pád železné opony odhalil omezení a výrazná zkreslení v nazírání na zneužívání návykových látek, které bylo uměle vytvářeno socialistickým zřízením Československého socialistického státu. Následující 90. léta lze z hlediska vývoje primární prevence rozdělit na dvě fáze. V první polovině devadesátých let zaznamenáváme vznik prvních dokumentů Ministerstvem vnitra. Přicházejí prvotní snahy o vzdělávání pedagogů v oblasti primární prevence. Ve druhé polovině 90. let se Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) zasazuje o nastartování některých pozitivních trendů v uvedené primární prevenci. Stále je ale vznikající obor primární prevence opřen především o prevenci zneužívání návykových látek. V závěru 90. let se rozvoj prevence začal zpomalovat a dle Miovského (in Miovský a kol., 2015) došlo k zastavení tvorby systému primární prevence ve školství. Zhruba koncem první dekády tohoto století se situace stabilizovala a obor primární prevence, tentokrát již s důrazem na více typů rizikového chování, tedy nejen na zneužívání návykových látek, se počal dynamicky rozvíjet až do současné podoby. Více do detailu tento vývoj představím v následující podkapitole (tamtéž).

3.2.1 Vývoj oboru primární prevence

Před rokem 1989 nelze hovořit o primární prevenci jako o celku nebo o jednotném systému. Prevence byla v gesci Ministerstva zdravotnictví a největší pozornost mu věnoval Ústav zdravotní výchovy. V té době nebyl k dispozici žádný oficiální dokument na národní úrovni, který by ošetřoval fungování primární prevence. Neexistovala žádná koncepce, žádný technický či ekonomický rámec. Jedinou výjimkou byl dokument *Boj proti negativním jevům mládeže*, který by byl dnešní optikou vnímán jako moralizující, neodborný a ideologický, bez návrhu systémových opatření (Miovský in Miovský a kol., s. 19).

Ke spíše jen sporadickým aktivitám, které bojovaly s nárůstem rizikových jevů ve společnosti, patřily tištěné plakáty a letáčky, se kterými jsme se mohli setkávat v ordinacích praktických či odborných lékařů. Diskuzi otevíraly knihy i filmy, které se objevily těsně před sametovou revolucí, byla to např. známá kniha Radka Johna *Memento* z roku 1986 nebo film *Zdeňka Zaorala Pavučina* z roku 1987. Z dnešního hlediska se nedaly považovat za preventivní nástroj, rozproudily však diskuze o prevenci a její potřebnosti ve společnosti, která prezentovala zneužívání návykových látek jako chování typické pro kapitalistickou společnost. Z odborných publikací z let před sametovou revolucí lze zmínit především Urbanovu knihu *Toxikománie* z roku 1973, která ukázala nepříznivou epidemiologickou situaci v této oblasti trvající již od 50. let 20. století (tamtéž, s. 19).

Urban ve své knize pojmenovává také některá preventivní opatření a dává návody, jak efektivně pracovat s mládeží. Preventivní kroky nazývá výchovnými opatřeními a zmiňuje je jako nejvýznamnější faktor, který ovlivňuje vývoj jedince. Dále také zmiňuje pozitivní osobní příklad vychovatelů a celé dospělé populace. Výrazně také poukazuje na šíření věcných a zejména pravdivých informací o rizicích spojených se zneužíváním návykových látek a na malou informovanost profesionálních vychovatelů, právníků, sociálních pracovníků a bezpečnostních orgánů (Urban, 1973, s. 183–184). Také na svoji dobu naléhavě vyzývá společnost k okamžitým koncepčním opatřením v oblasti prevence a léčby závislosti: „Vzhledem k prudké nakažlivosti drogové závislosti je také z hlediska prevence zapotřebí, aby společnost pohotově zřídila dostatečnou síť institucí, které by se staraly o podchycení, registraci, diagnózu, následnou péči atd. lidí a skupin, které jsou zachváceny abúzem drog a drogovou závislostí“ (Urban, 1973, s. 185).

K dalším textům, které byly vznikly na prahu 90. let lze řadit Mečířovu knihu *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*, ve které se věnuje zejména tématu

prevence a pojmenovává rizikové oblasti, které přispívají k zneužívání alkoholu mladistvými. Píše o riziku propagace alkoholu reklamami, o dětech žijících v rodinách alkoholiků, o snadné dostupnosti alkoholu osobám mladších 18 let a také o sdružování mladých na místech, kde je snížena kontrola jejich chování. Přestože je kniha z roku 1990, většina témat je stále velmi aktuální (Mečír 1990, s. 81–85).

Taktéž Janík s Duškem se věnovali vzniku závislosti a prevenci a poukazovali na podobná témata jako předchozí autor. Při pojmenovávání základních faktorů, které vedou ke vzniku závislostního chování u mládeže, neopomenuli sociální prostředí, osobnost dítěte a rodičů nebo například dostupnost samotné látky (Janík & Dušek, 1990, s. 88).

Po roce 1989 zaznamenáváme i první snahy vytvořit jednotnou koncepci protidrogové politiky v České republice (Miovský, in Miovský a kol., s. 20). Ministerstvo vnitra vydalo svoje první Strategii protidrogové politiky v roce 1993. Vláda se v ní svojí protidrogovou politikou přihlásila k mezinárodním úmluvám Organizace spojených národů o drogách, také zde byl poprvé zaznamenán pokus definovat, co je potřeba změnit v systému prevence, a snaha o efektivní fungování sítě preventivních a léčebných programů (tamtéž, s. 20).

Mezi lety 1993 a 1995 bylo realizováno zhruba asi padesát seminářů pro pedagogy základních škol zaměřených na problematiku užívání drog, semináře ujasňovaly základní pojmy v prevenci, informovaly o tematických okruzích prevence i o způsobu práce s dětmi. Těmito kurzy prošlo cca 3 000 učitelů (Nováková, 2002, s. 43). V té době také započaly experimenty s výukou drogové prevence také na Univerzitě Karlově na Fakultě tělesné výchovy a sportu.

Další důležitou oblast pro rozvoj disciplíny primární prevence rovněž zaznamenáváme v první polovině 90. let, a to ve formě vzniku nestátních neziskových organizací, které se začínají věnovat systematické realizaci programů primární prevence. V Brně v roce 1994 zahájila činnost prvního Centra prevence, realizovaná v NNO Sdružení podané ruce, o které informují na svých webových stránkách (NNO Podané ruce, 2017). V Olomouci se primární prevenci jako první NNO začalo věnovat P-centrum, sdružení, které realizaci preventivních aktivit zahájilo v roce 2002, jak rovněž uvádí na svém webu (NNO P-centrum, spolek, 2017).

Dle Miovského byla tato doba je typická formováním představ odborné společnosti o tom, jak primární prevenci provádět. Přístup k prevenci se profesionalizoval, probíhaly první výzkumy, bylo možné pozorovat aplikace přístupu založeného na důkazech. Poznatky z těchto let byly využity při revizi stavu primární prevence v letech 2001–2002

(Miovský in Miovský a kol. 2015). Také publikační odborná činnost vzrostla. Setkáváme se se jmény jako Nešpor nebo Csémy, kteří v tomto období vydávají publikace zabývající se preventivními přístupy, metodami práce v prevenci a vzděláváním pracovníků v prevenci. Za důležitý mezník v práci MŠMT lze považovat vydání publikace Pedagogové proti drogám, což byl výsledek spolupráce s kolegy z Velké Británie (Miovský in Miovský a kol., 2015, s. 21).

Přes nadějně začátky v první polovině 90. let se v závěru desetiletí na prevenci nepříznivě podepsala některá systémová opatření a nepromyšlenost prevence jako takové. Objevovaly se neefektivní kampaně, jako například Stop drogy, která představovala masový, ale nesystematický preventivní program. Finanční prostředky určené na školskou prevenci putovaly např. na výcvik psů vyhledávajících drogy, a následně policie prezentovala psy žákům v rámci preventivních programů, což do značné míry poukazuje na neefektivitu zastrašování (tamtéž, s. 22).

V dalším období byla v roce 2007 na MŠMT přenesena prevence na odbor č. 5 pro mládež a tělovýchovu z původního odboru č. 24 pro speciální školství a prevenci (tamtéž, s. 22). Uvedená změna je popisována odborníky jako téměř úplný odklon od specifické prevence a jednostranný příklon k nespecifické prevenci. Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998–2000 chápala jako preventivní aktivity prakticky cokoli, co vyplní volný čas dětí. Na pole primární prevence vstoupily také různé netransparentní subjekty, např. scientologická církev. Proti takovýmto vstupům vystoupila například Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, sekce primární prevence i jiní odborníci. V roce 2005 vydalo odmítavé stanovisko také MŠMT, které označilo scientology za nebezpečnou sektu a upozornilo na to, že některé z prezentovaných preventivních programů mohou na první pohled působit seriózně, nicméně stanovisko Společnosti pro výzkum sekt důrazně upozorňuje, že jde o pseudoléčebné programy pro závislé s cílem získat nové příznivce. V ČR je tento program také nabízen, a to pod mezinárodním označením Narconon (Stanovisko MŠMT 2005, s. 1–2). Dodejme, že pro českou veřejnost je program nabízen stále.

Do uvedené skupiny neefektivně vykonávané prevence patří i některé aktuálně realizované aktivity, například projekt Revolution Train. Projekt je svými tvůrci označován za unikátní nástroj, který dokázal do preventivních programů přinést naprosto novou formu, a to díky interaktivnímu a zážitkovému vzdělávání. Prostřednictvím zapojení všech lidských smyslů měl efektivním způsobem působit na návštěvníka vlaku, na jeho pohled na

legální a také nelegální držení drog a inspirovat jej k pozitivní životní volbě. V České republice byla základna protidrogového vlaku ve stanici Praha Dejvice. V prohlášení MŠMT se ale dočteme, že MŠMT neudělilo projektu certifikát odborné způsobilosti pro programy primární prevence rizikového chování. O Revolution Train se vyjadřuje jako o projektu, který staví na již překonaném a chybném přístupu k protidrogové prevenci. Používá přitažlivou propagaci multimediálního vlaku, ve kterém nabízí drahou a málo efektivní formu prevence, která může dětské návštěvníky poškodit (stanovisko 16 MŠMT, 2015, s. 2).

Změna v oblasti primární prevence přišla díky navrácení zodpovědnosti za realizaci a vývoj primární prevence zpět na odbor č. 24 MŠMT, kterému se podařilo ve spolupráci s Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) založit pracovní skupinu pro obor primární prevence. Skupina byla obsazená mezirezortně a také zde působili odborníci z více služeb a více krajů České republiky (Miovský in Miovský a kol., s. 25). Tato skupina realizuje pokusy o standardizaci programů primární prevence, připravuje manuály dobré praxe a plánuje i další úkoly a návrhy pro efektivní fungování programů primární prevence pro všechny žáky škol v České republice. Došlo k dalším významným publikačním počínům. Například vyšla učebnice, kterou využívali preventisté v celé Evropě, *Handbook of Primary Prevention*, jejíž vydání iniciovalo PrevCentrum Praha (tamtéž, s. 26).

V průběhu let se také podařilo MŠMT schválit certifikační proces programů primární prevence. Nejprve v roce 2004 rozdělili certifikáty na oblasti školské, to znamená specifické prevence, a mimoškolní, tedy nespecifické prevence. V roce 2012 byl systém revidován a rozdělen pro certifikace programů primární prevence podle druhů preventivních aktivit na programy všeobecné, selektivní a indikované (tamtéž, s. 27).

V posledních dvou dekadách se do popředí preventivních snah v ČR, jak naznačuje i nejvíce citovaný autor v této kapitole, dostala Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty UK. Adiktologie je chápána jako interdisciplinární obor, který vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti a který není vymezen pouze jako obor zdravotní péče (NSZ 2019–2027). Pod vedením adiktologů byly také v projektech VYNSPI 1 a 2³ ověřeny možnosti zavedení celonárodního systému školské prevence rizikového chování pro děti základních škol. Při nahlédnutí do doporučení a metodických materiálů MŠMT i do odborné literatury

³ „Implementace a evaluace minimálního preventivního programu, systémových nástrojů ve vzdělávání a vytvoření sběrného systému v oblasti prevence rizikového chování pro pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni“ (Projekt VYNSPI II, Klinika adiktologie, LFUK, [online]).

(Miovský, Skácelová, Zapletalová, Novák et. al. 2010; Miovský, Skácelová & Šablová, 2012; Miovský & Šťastná, 2015; Miovský a kol. 2015) je patrný silný odklon od nespecifické prevence a kladení důrazu na prevenci specifickou, což je logickým důsledkem odborného adiktologického přístupu a také v souladu s aktuální zahraničními trendy v oboru adiktologie, jimiž se autoři inspiroují. Důkazem je také jejich spolupráce revidování Evropských standardů v preventivní praxi (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS, 2012), které poskytují rámec a teoretické zdůvodnění pro kvalitní protidrogovou prevenci v Evropě, s nimiž se snaží harmonizovat Standardy prevence užívané v ČR (Gabrhelík in Miovský a kol., 2015, s. 134).

3.3 Přístupy společnosti k prevenci drogových závislostí

Jak byl ukázáno analýzou strategického rámce prevence (kapitola 1), primární prevence drogové závislosti spadá spolu s léčbou a sociálním začleňováním do oblasti takzvaného snižování poptávky, která vedle snižování rizik (nebo též snižování poškození – harm reduction) a snižování nabídky (kontrola dostupnosti) tvoří základní pilíře drogové politiky. Preventivní opatření se proto rozdělují na dva základní přístupy, první je zaměřen na redukci poptávky, druhý na redukci nabídky (Becoña, 2002, s. 67). Pokud se jedná o prevenci drog aplikovanou na jedince jako takové, hovoříme o redukci poptávky. Cílem je, aby jedinec drogu odmítl, pokud je mu nabídnuta, a tím se pak poptávka na trhu v určité komunitě, regionu, nebo zemi, snižuje. Preventivní programy spadají z podstaty věci do tohoto přístupu. Opakem je redukce nabídky. Cílem je omezit dostupnost drog na trhu pomocí zákonů, kontrol, nebo třeba protidrogové politiky.

Ačkoliv jsou oba typy těchto zákroků nezbytné, má se za to, že prevence založená na redukci poptávky je účinnější, a to navzdory všem problémům s ní spojených. U drog legálních (alkohol, tabák) se může provádět obojí. Spolu s prevencí se tedy mohou zapojit i prostředky regulace drog na trhu, jako například snížení dostupnosti, zvýšení ceny, zvýšení zákonné věkové hranice pro konzumaci, omezení otevírací doby barů atd. U drog legálních se tyto restrikce projeví jako účinné. To však nemůžeme říct u drog ilegálních, a to zejména co se týče kokainu. I tak by se ale bez těchto typů kontroly droga mohla stát dostupnější i levnější. Vyšší cena vytváří určitou bariéru pro experimentální a příležitostné konzumenty. Jak říká Holder (1999), legalizace drogy snižuje její cenu, zvyšuje poptávku a její spotřebu. Je také problém s tím, že pokud se cena určité drogy rychle zvýší, drogově závislí si budou hledat jiné prostředky (krádež, prostituce) k získání peněz na drogy. Proto

je vždy třeba brát v potaz, o jaké uživatele drog se jedná, tj. experimentální, příležitostné, nebo závislé.

V mnohých zemích však stále probíhá konstantní polemika o tom, jestli zvážit spíše redukci nabídky, nebo poptávky. Je to velmi důležitá politická i sociální debata a zasloužila by si více pozornosti Saltz et. al. (in Becoña, 2002, s. 69). Autoři si také všímají, že zásahy ze strany politické mají určité výhody. Ty se totiž nesnaží jednotlivce přesvědčovat a jejich výsledek časem nezaniká. Jde tedy spíše o ustanovení sociálních norem, jež odráží, co je a již není akceptovatelné. Je vědecky prokázáno, že tento způsob prevence pomáhá, a to zejména u alkoholu a tabáku.

Na druhou stranu Morin a Collins (in Becoña, 2002, s. 67) tvrdí, že politiky nulové tolerance jsou nerealistické a z hlediska preventivního i pragmatického neefektivní. Je také důležité zmínit, že je třeba se prevencí věnovat spíše v dlouhodobém měřítku. Výsledky nepřichází ihned. Například ve Spojených státech je konzumace drog nejvyšší ze všech industrializovaných států. To s sebou přináší jak výdaje zdravotní, tak sociální. V roce 2000 to bylo 18 500 milionů dolarů. Z čehož většina se investovala do prevence snížení nabídky (12 500 milionů dolarů, tj. 68 %), ne poptávky (5 900 milionů dolarů, tj. 32 %). Část peněz se také každý rok investuje do prevence v jiných zemích, jako například v Kolumbii, za účelem redukce pěstování kokainu, a to zejména pomocí vojenských prostředků. Konkrétně se z prostředků pro rok 2000 investovalo 50 % (9,000 milionů dolarů) na prosazení drogových zákonů, 10 % (1,900 milionů dolarů) na represí, a 8 % (1,500 milionů dolarů) do mezinárodní prevence. Zbylých 32 % pak připadlo na snížení poptávky, čímž se rozumí prevence, výzkum i léčba drogově závislých. I přes obrovské investice do redukce nabídky byl tento typ prevence spíše neefektivní. Počet uživatelů se nezmenšuje, nebo jen velmi málo. Bylo by však lepší primárně investovat do snížení poptávky, tj. prevence individuální (tamtéž).

V našem případě se řídíme Národní strategií protidrogové politiky, jež působí ve třech hlavních sférách: boj proti mezinárodním organizacím, které se věnují obchodu s drogami; boj proti vnitřní distribuci nelegálních drog, zejména v organizovaných skupinách; a boj proti maloobchodnímu prodeji drog. Redukce poptávky se pak dělí na tři části, a to prevence, snížení následků a následná reintegrace do společnosti.

3.4 Typy prevence

Prevence u alkoholu a drog je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a

nealkoholových drog. Podle WHO se rozlišuje: „(1) primární prevence, tj. předcházení užití u osob, kteří dosud s drogou nejsou v kontaktu, (2) sekundární prevence, tj. předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají (3), terciární prevence, tj. předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog“ (Kalina 2001, s. 85). Toto rozdělení se rovná předcházení, léčení a rehabilitaci. U primární prevence zasahujeme dříve, než nastane problém, a cílem je zabránit jejímu vzniku. Je to ten nejžádanější způsob prevence. Co se týče sekundární prevence, zde je cílem co nejdříve najít a léčit problém, jehož vzniku nebylo možné zabránit pomocí primárních preventivních opatření. To znamená, že problém řešíme v jeho prvních fázích. Terciární prevence se naopak provádí, jakmile se problém objeví, a jeho cílem je vyhnout se komplikacím a návratu. Zaměřuje se na léčbu a rehabilitaci problému (nemoci), která už má jasné klinické symptomy.

V posledních letech se v ČR užívá terminologie podle Gordona (1983), která dělí prevenci do třech typů: univerzální, selektivní a indikované. Pokud například zaměříme prevenci na adolescenty, univerzální (všeobecná) prevence se zabývá všemi adolescenty stejně. Její praktiky jsou obecnější, méně intenzivní a méně nákladné než ty, které by měly za účel trvalé změny v chování. V tomto typu prevence je zahrnuta většina školních preventivních programů, jako jsou ty, které se snaží podněcovat dovednosti a objasnit hodnoty, životní dovednosti atd. Selektivní prevence se zaměřuje na podskupinu adolescentů, která má větší riziko, že bude užívat drogy, než je u adolescentů běžné. Je tedy zaměřená na rizikové skupiny. Prevence indikovaná je intenzivnější a také dražší. Jedná se o prevenci zaměřenou na konkrétní podskupiny, kterými jsou obvykle uživatelé drog nebo osoby s problémy s chováním. Zaoberá se jak uživateli drog, tak těmi, kteří v té chvíli pouze experimentují. Je tedy zaměřena na vysoce rizikové jedince. Přehled typů prevence a jejich klíčových znaků nabízí tabulka 2.

Tabulka 2 – *Typy prevence závislosti na drogách podle klasické a moderní konceptualizace*

Konceptualizace	Typy prevence	Definice
	Primární	Zasahuje se dříve, než nastane problém Cílem je zabránit vzniku problému

Klasická	Sekundární	Cílem je co nejdříve najít a léčit problém, jehož vzniku nebylo možné zabránit pomocí primárních preventivních opatření
	Terciární	Provádí se, jakmile se problém objeví, a jeho cílem je vyhnout se komplikacím a návratu
Moderní	Univerzální	Jedná se o takovou prevenci, která je zaměřená na celou cílovou skupinu bez rozdílu (například chlapci od dvanácti do čtrnácti let)
	Selektivní	Jedná se o prevenci zaměřenou na podskupinu cílové skupiny, která má větší riziko, že bude užívat drogy, než je v té určité věkové skupině průměrné. Je tedy zaměřená na rizikové skupiny.
	Indikovaná	Jedná se o prevenci zaměřenou na konkrétní podskupinu v komunitě, kterými jsou obvykle uživatelé drog nebo osoby s problémy s chováním. Je tedy zaměřena na vysoce rizikové jedince.

Zdroj: Caplan in Becoňa, 2002, s. 71

Vzhledem k tomu, že uvedené pojmy se prolínají a někdy i vzájemně zaměňují, bude jim věnována v následujícím textu zevrubnější pozornost.

3.4.1 Primární prevence

Primární protidrogovou prevenci definujeme jako aktivity zaměřené na prevenci problémů, které jsou spojené s drogovou činností. Lze ji charakterizovat též jako prvotní předcházení ohrožujícím jevům (Liba, 2001, s. 57) Cílem je neužívat drogy, vyhnout se experimentování a zabránit tak různým zdravotním a sociálním komplikacím souvisejícím s užíváním návykových látek. Z uvedeného důvodu jednotlivé aktivity primární prevence musí být poskytnuty před samotným začátkem působení jevu (Machová & Kubátová, 2009). Do oblasti primární prevence tudíž patří všechny aktivity směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl Patří sem vše od informací v rámci vyučování, přes přípravu na rodičovství, vytváření nabídky alternativních, společensky přijatelných aktivit až po ovlivňování názorů a postojů jedince i veřejnosti (Kalina, 2003, s. 275).

Je zaměřena na celou populaci obecně i na specifické podskupiny, např. adolescenty (školní protidrogové programy, nabídky alternativ pro volný čas apod.). Předpokládá strukturování příznivých podmínek pro tělesný, intelektuální, psychický i sociální vývoj jednotlivce, vytváření, získávání a upevňování příslušných znalostí, dovedností, návyků směřujících k podpoře zdraví a pěstování zdravého stylu života. Jde o všechny aktivity směřující k tomu, aby, v nejlepším případě, problém vůbec nevznikl (Liba, 2001, s. 57–58). Zde se otevírá prostor pro všechny složky společnosti a problém se tedy týká nejobecnějších podmínek předcházení vzniku závislosti.

Do účinné primární prevence musí být zapojeny státní a nestátní organizace, odborná i široká veřejnost, sdělovací prostředky a samozřejmě také škola, rodina, kde se především vytváří základy hodnotového systému mladých lidí a jejich postoje k drogám. Vlastní smysl primární prevence je v tom, že užívání drog by nemělo být společensky akceptovatelnou formou chování mladých lidí a také je nezbytné, aby si děti a mladí lidé byli vědomi nebezpečí drog (Kalina, 2003, s. 275), neexperimentovali s návykovými látkami nebo alespoň je odložili do co nejvyššího věku.

Ondrejko, v souvislosti s primární prevencí mluví také o důležitosti poznání etiologie drogových závislostí, poznání incidence a prevalence, jakož metod a technik ovlivňování postojů jednotlivců a skupin (Ondrejko, 1999, s. 168). Důležitou roli ve školách podle něho hrají tzv. peer-programy a svépomocné skupiny. Klade také důraz na to, že primární prevence je kontinuální proces směřující k utváření životního stylu, v jehož rámci člověk rovnoměrně uspokojuje své fyziologické, duševní i sociální potřeby a je lhostejný vůči různým drogám. Obecněji obsahuje tyto kroky (Ondrejko, 1999, s. 168):

- ovlivňování motivačních složek socializačního procesu (rodinná atmosféra, škola),
- formování zdravého způsobu života a pozitivní životní orientace,
- vedení dětí k aktivnímu využívání volného času,
- vytváření postojů a dovedností, které dětem a mládeži umožní nacházet konstruktivní řešení životních situací,
- poskytování informací a poznatků o problémech vzniku závislostí na různé druhy drog,
- utváření a vedení vrstevníků skupin, jejichž členové mají zájem aktivně působit mezi mládeží s cílem pozitivně ovlivňovat její životní styl.

Jak již bylo výše zmíněno, tyto kroky leží na bedrech celé společnosti. Jejich uskutečnění by mělo být realizováno jednak prostřednictvím školních metodiků prevence, školních klubů, center volného času, Centra pedagogicko-psychologického poradenství a prevence (CPPPaP), kulturně-osvětových středisek a oborů místní samosprávy ve spolupráci se subjekty působícími v třetím sektoru.

Před lety se často provádělo rozdělení primární prevence na prevenci specifickou a nespecifickou. V dnešní době se někteří autoři (v ČR např. Miovský a kol., 2015) domnívají, že z vědeckého hlediska nedává smysl, ještě pořád se s ní ale můžeme setkat. Proto se na toto rozdělení také podíváme.

Calafat (2002) specifickou prevencí rozumí takové jednání, které se jasným, konkrétním a explicitním způsobem snaží ovlivnit užívání drog. Na druhou stranu prevence nespecifická se konzumaci drog snaží změnit nepřímo, tj. obsahuje programy, jednání nebo oblasti, které v zásadě vůbec nejsou spojené s užíváním drog. To znamená, že specifická prevence chce konkrétním způsobem konzumaci drog předejít, nespecifická se věnuje oblastem ne přímo spojeným s drogami, např. volnočasovým aktivitám podněcujícím ke sportu, kultuře, tvůrčí činnosti, osobnímu rozvoji atd. Jde tedy veškeré aktivity, které podporují zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání a organizace volného času, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání. Nespecifická primární prevence se zaměřuje rovněž na posílení vlastního sebehodnocení, zájmu o vlastní zdraví, dovednost odmítnout, posilování zdravých vztahů s vrstevníky, rodinou i autoritami, také na otevřenost a komunikaci.

Základní rozdíl mezi specifickou a nespecifickou prevencí spočívá v tom, zdali můžeme vysledovat spojitost s drogami, a to, jestli je jejich účinnost možné zhodnotit. Jestliže spojitost s drogami vypožorovat nejde, nejedná se o prevenci drogové závislosti. Právě proto se v posledních letech od tohoto rozdělení ustupuje.

Aby bylo možné otázku ještě více objasnit, Escámez (1990) tvrdí, že specifická prevence se zaměřuje na následující: a) právní úprava omezení užívání drog, b) podpora vzdělávacích opatření a poskytnutí informací, vytváření postojů a správných návyků, c) zřízení sociálních opatření ve prospěch skupin, zejména těch rizikových. Odpovídající programy jsou mířeny na dospělé, uskutečňují se v sousedstvích, ve školách, nebo v celé zemi. V praxi se těmito programy rozumí programy preventivní, a to ty, které jsou zpracovány a ohodnoceny podle kvalitních vědeckých kritérií. Koncept nespecifické prevence tomuto obrazu neodpovídá, protože neexistuje žádný způsob, jak hodnotit nebo

změřit jeho účinnost co se týče snížení užívání drog. Je však nutné zmínit, že tyto jiné typy činností jsou nezbytnou součástí běžného vzdělávacího procesu, jako například sport, a v některých případech mohou být přímo i nepřímo spojené s užíváním drog. Neměli bychom je však zaměňovat za něco, co nejsou, a spíše se věnovat prevenci, kde můžeme získat jasné a lepší výsledky.

V současných přístupech (Offord, 2002, Miovský a kol., 2015; Becoña, 2012) nalézá primární prevence v ČR inspiraci především v modelu Gordona (1983, 1987). Jak již bylo uvedeno, prevence je v jeho koncepci členěna na všeobecnou, selektivní a indikovanou.

Všeobecná (univerzální) prevence se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na více či méně rizikové skupiny a zohledňuje pouze věkové složení. Seznamuje různou formou (edukace, trénink, zážitkové metody) s riziky, které vyplývají z užívání návykových látek i nelátkových závislostí, nezastrašuje a podává objektivní informace (Kalina, 2001; Černý in Miovský a kol, 2015, s. 61). Orosová (2003, s. 19) uvádí, že univerzální preventivní programy jsou podporující a pomáhají všem studentům s osvojováním, zvládáním, naplňováním očekávání a úkolů v oblasti vzdělávání i výchovy. Tato prevence by měla být součástí již preprimární edukace a měla by dominovat taktéž na 1. a 2. stupni základních škol. Aplikace preventivních aktivit má být zacílena na co největší část školní populace. Úkoly univerzální prevence by se měly orientovat na děti, žáky, učitele, rodiče i širší komunitu. Oblast univerzální prevence je prostorem, ve kterém by měl kvalifikovaně působit adekvátně připravený odborník.

Selektivní prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro rozvoj a vznik různých forem rizikového chování. Zaměřuje se na depistáž a následnou skupinovou a individuální práci s rizikovými skupinami a jedinci (Kalina, 2003; Černý in Miovský a kol, 2015, s. 61). Selektivní preventivní programy jsou podporující a pomáhají identifikovaným rizikovým skupinám. Jsou nabízeny jedincům nebo skupinám, u kterých jsou přítomny biologické nebo sociální rizikové faktory (Orosová, 2003, s. 19).

Indikovaná prevence předchází sekundární prevenci a pracuje s výrazně ohroženými jedinci, u kterých je riziko užívání drog nebo s těmi, u kterých se rizikové chování již vyskytlo. Cílem je snížení četnosti výskytu rizikového chování a zmírnění jeho následků (Kalina, 2003). Je důležité podchytit problém včas, posoudit a vyhodnotit riziko, zdůvodnit potřebnost intervence a v případě nezbytnosti ji zahájit a realizovat ve spolupráci všech odborných pracovníků školy, jako je metodik prevence, školní psycholog, výchovný poradce, třídní učitel (Černý in Miovský a kol., 2015, s 61-62).

Tabulka 3 – Výhody a nevýhody programu všeobecné prevence

Výhody	Nevýhody
- Neoznačuje ani nestigmatizuje	- Může být méně atraktivní pro veřejnost a politiky
- Zapojuje se střední třída, díky čemuž program funguje dobře	- Malý přínos pro jedince
- Poskytuje konkrétní místo k dosažení cílů programu	- Může mít větší dopad na méně rizikové osoby
- Poskytuje možnost soustředit se na rizikové faktory komunity	- Zbytečně drahé
- Je vhodné z hlediska chování, protože se zaměřuje na změny chování, které se u každého nějakým způsobem projevují (s výjimkou vysoce rizikových jedinců). Má dobrý potenciál pro celou populaci.	- Nízkoriziková skupina nemá možnost to dělat dobře
	- Může se zdát, že komunitní iniciativy jsou nepotřebné
	- Nízkorizikové skupině se může zdát, že to pro ně má malý přínos
	- Je obtížné prokázat celkový přínos

Zdroj: Offord (2000).

Tabulka 4 – Výhody a nevýhody selektivních a indikovaných programů

Výhody	Nevýhody
- Možnost včasného řešení problémů	- Možnost označování a stigmatizace
- Potenciálně efektivní	- Problémy se screeningem:
- Přesnější zacílení na vybrané skupiny	- Vysoké náklady a značné úsilí k provedení
- Interdisciplinarita a odborná spolupráce	- Vysoká míra odmítnutí u osob s vyšším rizikem
	- Problémy s určením prahu

	- Stav rizika je v průběhu času nestabilní
	- Potíže s výběrem adekvátní rizikové skupiny
	- Schopnost předvídat budoucí poruchy je obvykle velmi nízká
	- Skupina s vysokým rizikem přispívá velmi malým počtem případů ve vztahu ke skupině s nízkým rizikem
	- Tendence ignorovat sociální kontext jako jeden z cílů intervence
	- Intervence může být z hlediska chování nevhodná

Zdroj: Offord (2000) a vlastní zpracování.

Vzhledem k tomu, že se uvedené způsoby prevence uplatňují již řadu let, je možné vypočítat jejich výhody a nevýhody (viz tabulky 3 a 4). Výběr jednoho či druhého typu bude záležet na tom, jaký je cíl preventivního zásahu, na cílové skupině a na reálných možnostech, tj. prostředcích, časových možnostech atd.

3.4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá ve vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které drogu užívají nebo se na droze staly závislými. Obvykle je sekundární prevence používána jako souhrnný název pro intervenci, poradenství a léčbu (Kalina, 2001, s. 97). V podmínkách základních škol se však bohužel vyskytuje i nezbytnost sekundární prevence. Ta se zaměřuje na uživatele drog, kteří jsou již ve stádiu experimentování. Experimenty s drogami různého typu jsou mezi mládeží dosti časté. V mnoha případech se však o těchto experimentech rodiče vůbec nedozvědí a problém vlastně nikde nenastane. Pokud však dojde k pravidelnému užívání drog, objevují se postupně první příznaky. Tato fáze už patří do oblasti sekundární prevence, z čehož vyplývá, že sekundární prevence je již zaměřena na ohrožené skupiny obyvatelstva. Vzniká tu prostor pro působení sociálních kurátorů, terapeutů, pedagogů a ostatních odborných pracovníků, aby zabránili užívání drog u jedince.

Hlavní funkcí sekundární prevence je zamezit vytvoření poruch v sociálním a psychologickém vývoji, podstatou je zachytit příslušné poruchy již v počátečním stadiu,

lěčením eliminovat závažnost a trvání závislostí, zajistit opatření pro ohrožené jednotlivce a v neposlední řadě eliminovat podmínky, na základě, kterých došlo ke vzniku a expanzi daných poruch. Cílovou skupinou jsou ohrožení nebo již přímo „postižení“ jedinci. Pro uživatele drogy je vytvářen systém odborné pomoci. Odborný personál zohledňuje fázi závislosti, hloubku motivace změnit klientův život, ochotu spolupracovat, sociální situaci, fyzické a psychické zdraví, proto jsou aktivity prevence koncipované s cílem přerušit a minimalizovat vlivy rizikových faktorů ovlivňujících jednotlivce (Končecová, 2001).

Je nesporné, že bez zodpovědného poznání pozadí sociálně patologických jevů se výrazně snižuje efektivnost jakéhokoli preventivního působení. Považujeme proto za opodstatněné v souvislosti s rozvíjením systému sekundární prevence pojmově vymezit dvě její rovnocenné, vzájemně se prolínající části (Končecová, 2001):

- prevenci výchovnou (zaměřenou na zkvalitnění sociální regulace chování ve výuce i mimo ni),
- prevenci psychologickou (zaměřenou na zkvalitňování psychické regulace chování pomocí psychologických, poradenských, příp. psychoterapeutických metod).

Přínosem v oblasti sekundární prevence je vytvoření vhodných legislativních podmínek na zřizování center výchovné a psychologické prevence, ve kterých je možné všechny způsoby prevence (včetně protidrogové) provádět komplexně. Na činnosti takového centra se může účastnit centrum poradensko-psychologických služeb, sociální kurately, centrum volného času a další dobrovolná sdružení.

Komplexní preventivní péče probíhá většinou ve čtyřech na sebe navazujících etapách:

- komplexní program univerzální prevence,
- nácvik sociálně-psychologických dovedností,
- skupinové a individuální poradenství,
- klubové aktivity zájmového charakteru.

Svou roli v rámci selektivní prevence sehrává i zřízení center pro léčbu drogových závislostí (dále CPLDZ), které poskytují v rámci sekundární prevence těchto služby (drogy-info, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2019, [online]):

- dostupnou zdravotnickou a psychologickou pomoc závislým osobám a poradenskou a konzultační pomoc jiným osobám a institucím,

- nezbytnou zdravotní péči při intoxikaci nebo při akutních abstinenčních syndromech,
- specializované služby pro mladistvé, které jsou zaměřeny na léčbu závislých v období dospívání s úpravou režimu.

I v otázce sekundární prevence jednoznačně vyvstává potřeba jednotného komplexního působení a spolupráce jednotlivých složek a institucí zabývajících se touto problematikou. Jde především o zdravotnické pracovníky, výchovné pracovníky ve školách a školských zařízeních, sociální pracovníky, pracovníky v pedagogicko-psychologických poradnách a dalších. Aby ovšem jejich preventivní činnost splnila svůj účel, musí být dostatečně koordinována.

3.4.3 Terciární prevence

Terciární prevence je předcházení vážnému či trvalému sociálnímu a zdravotnímu poškození z užívání drog (Kalina, 2001, s. 109). Uživatelům drog, kteří jsou si vědomi své závislosti, jejích dopadů a chtějí na sobě pracovat ve smyslu cesty k abstinenci je určena terciární prevence. Do terciární prevence patří kupříkladu resocializace, což ve zjednodušené interpretaci znamená plnohodnotné znovuzařazení jedince do společnosti. Týká se i školních dětí, proto je zde třeba uvést. Ještě donedávna byla v naší společnosti trendem v tomto směru pouze jediná volba – zbavit se drogy, abstinovat. Proto je terciární prevence především prostorem pro práci sociálních pracovníků i odborných pedagogických pracovníků, jejichž úkolem je, aby předcházeli recidivě závislých dětí a mládeže, kteří absolvovali léčbu nebo terapii.

V oblasti terciární prevence existuje například program na principu harm-reduction, jež je určený ke snižování následků užívání drog. Myšlenky harm-reduction vycházejí z pragmatických důvodů, z péče o závislé. Jde především o distribuční program čistých jehel a stříkaček, čímž se snižuje riziko přenosu HIV (Human Immunodeficiency Virus) a jiných přenosných onemocnění. Přesto je zde velmi důležitý denní kontakt závislého s terapeutickou institucí – jde o pomoc sociální a následně terapeutickou. Nastupuje v období již existujících a jasně se projevujících se sociálně-patologických jevů. Úloha příslušné prevence spočívá v předcházení zhoršení stavu, recidivě a eliminaci důsledků sociálních, psychických a eliminaci somatických poruch ve vývinu jednotlivce nebo celé skupiny a kompetencí terciární prevence je ovlivnit osobnost a sociální prostředí

v důsledku zabezpečení resocializace a začlenění do běžného života. V terciální prevenci mají největší význam především individuální programy a resocializační metody a techniky (Kalina, 2001, s. 109). Angažovat by se na dané úrovni měli obzvláště specializovaní odborníci.

3.4.4 Prevence podle prostředí

V současných preventivních přístupech je kladen důraz na prostředí, ve kterém se preventivní programy. Becoňa (2002, s. 75-82). uvádí tyto hlavní typy prostředí z hlediska preventivní intervence:

Prevence ve školách

Obecně nabyla na důležitosti prevence ve školním prostředí, neboť může cílit na mladé lidi, kteří jsou ve věku, ve kterém hrozí velké riziko konzumace drog. Teoreticky také zahrnuje celou skupinu lidí, na které je prevence zacílena. Prakticky to tak ale ne vždy funguje, jelikož preventivní programy je třeba schválit jednotlivými institucemi (úřady, školy) a také rodiči. Do školních preventivních programů je tedy třeba nejen zahrnout žáky, ale i učitele a rodiče. Je jasné, že preventivní programy ve školách mají určité výhody (viz tabulka 5), zároveň mají zabránit, nebo alespoň oddálit věk, kdy započne konzumace drog, ale samotné nestačí. Musí se zavést selektivní programy a podpořit samotné učitele po stránce jak technické, tak profesionální. Parametry takových programů jsou více představeny v kap. 4.

Prevence v rodinách

S užíváním drog je spojeno několik faktorů rodinného typu. Na druhou stranu prevence nebo jiná výchova podporují jejich neužívání. Školní preventivní programy navíc také začaly klást důraz na rodinné prostředí a roli rodičů, co se prevence užívání drog týká. Preventivní programy orientované na rodinu se většinou týkají výchovných dovedností a komunikace v prostředí rodiny, zlepšení rodičovských kompetencí a schopnosti řešit problémy a zvýšit vědomí o tom, jaký význam mají rodiče pro zdraví svých dětí (s. 78).

Hlavním problémem prevence rodinného typu je nedostatečná účast rodičů. A pokud se zapojí, obvykle jde zejména o matky, které jsou iniciativnější než otcové. Podobné je to se spoluprací se školou, kam navíc často nedocházejí zejména rodiče dětí, které mají skutečné problémy. Proto na úrovni komunity vznikají vzdělávací programy pro rodiče.

Důležité ale je, aby dostaly do rodin, kde je riziko užívání drog vyšší, tj. do rodin, kde např. rodiče drogy sami užívají.

Prevence v komunitě

Prevence by nejširším smyslu měla být komunitní. Nicméně komunitní dimenze prevence je široká a zahrnuje mnoho jevů, proto jsou jednotlivé typy programů více konkrétní a specificky zaměřené, jsou součástí společné strategie a působí ve vzájemné synergii. Zaměřují se na prevenci užívání drog v konkrétní komunitě a využívá k tomu různé instituce, organizace, skupiny, i jednotlivé členy komunity. Čím více aktérů se zapojí, za přítomnosti efektivní koordinace, tím snazší bude dosažení preventivního cíle. Preventivní programy jak rodinné, tak školní a pracovní jsou většinou součástí programu komunitního. Znamená to, že komunitní program je komplexní a může se zaměřovat jakýkoli aspekt komunity.

Výhodou je, že se může zaměřit na více rizikových faktorů na různých úrovních, dosahuje větší konzistence, pokud jde o klíčové poselství směřované ke komunitě. Důležité je pak plánování, koordinace a následná praxe. Prevence užívání drog v rámci komunity znamená znát dobře její aspekty, identifikaci ohrožených cílových skupin, dobře se orientovat ve stanovení cílů a úkolů, naplňování strategií a postupných kroků, správně soustředit finančních i materiálních prostředky a vnímat průběžnou evaluaci dosažených výsledků. Je třeba znát nejen úroveň konzumace drog v různých skupinách, ale také samotnou komunitu, které lze využít ve prospěch dosažení cílů komunitního projektu.

Ve vztahu k prevenci v komunitách jsou také zkoumány některé preventivní programy. Marcus et al., (2004) popisuje účinnost církevního projektu BRIDGE, který je založen na dobrovolnické práci. Z hlediska metodologického, se jedná o komunitní participativní výzkumný projekt, s cílem navrhnout, implementovat a vyhodnotit program zneužívání návykových látek – společně s programem prevence HIV/AIDS – založený na víře, který je určen pro afroamerické adolescenty (s. 347). Program BRIDGE probíhal po dobu tří let a tvořili ho čtyři složky – „Life Skills Training, Spreading the Word, Choosing the Best a a faith component“.

Uváděný projekt u adolescentů, kteří byli jeho participanty, vedl dle autorů k signifikantním rozdílům ve znalostech, stejně jako ke změnám v postojích a chování, v souvislosti s užíváním návykových látek. Pro primární analýzu nás zajímají studenti, kteří se zúčastnili projektu BRIDGE a byli ve věku 13–14 let (N=34). V rámci evaluace projektu byla vytvořena srovnávací skupina dětí, které prošly programem BRIDGE a těch,

kteřé neprošly programem. Srovnávací skupina byla vybrána pro její podobnost v oblastech rasy, věku a náboženství. Adolescenti, již se projektu zúčastnili, pak dále fungují jako „síla“ (rostoucí kapacita) církve, jelikož se následně sami účastní výuky mladších studentů, kteří se do BRIDGE teprve zapojují, a taktéž fungují jako vzory pro spolužáky, kteří neměli vůbec příležitost programem osobně projít (Marcus et al., 2004, s. 355).

Prevence v pracovním prostředí

V posledních letech se také klade důraz na prevenci užívání drog v pracovním prostředí, a to proto, že se počet pracovníků, kteří jak legální, tak ilegální drogy užívají, zvyšuje. Vidíme, že prevence je tedy důležitá nejen u mladistvých, ale také u dospělých jedinců. Ti mají tendence návykové látky konzumovat především o víkendech nebo po práci.

Důležitou preventivní roli v pracovním prostředí mají zejména závodní lékaři a zdravotní služby, s nimiž podniky spolupracují. Prevence je zejména zaměřena na informace a pomoc s uvědoměním si rizik konzumace drog, alkoholu a tabáku. Nabízena je také pomoc s léčbou. Prevence se tak pohybuje na úrovni primární a sekundární.

Ostatní typy prevence:

- Média – Cílem je šířit adekvátní informace a zároveň vyvracet ty nesprávné co se týče konzumace drog, jejich konzumentů, distributorů atd. Používají se také jako součást jiných preventivních programů, a to zejména těch komunitních.
- Armáda – Vyskytuje se pouze v určitých zemích jako součást prevence mladistvých, a to zejména v těch zemích, kde existuje povinná vojenská služba. Může být také součástí výcviku profesionálů. Cílem je brzké rozpoznání problémů s legálními drogami, tedy alkoholem a tabákem, ale i nelegálními drogami a s léčbou závislosti.
- Zdravotnická centra – Týká se všech zdravotníků. Cílem je brzké rozpoznání problémů s legálními drogami, tedy alkoholem a tabákem, ale i nelegálními drogami a s léčbou závislosti.
- Nápravná zařízení – Zde je prevence velmi důležitá. Nápravná zařízení se zaměřují na prevenci selektivní a indikovanou. Existují zde však i léčebné programy (např. metadonové programy ve věznicích atd.). U výchovných zařízení pro mladistvé je

prevence obzvláště důležitá, jelikož právě mladiství jsou velmi rizikovou skupinou (v porovnání třeba se svými vrstevníky, kteří v těchto zařízeních nejsou).

Tabulka 5 – Důvody realizace prevence závislosti na drogách ve školách

- Protože škola je jedním z hlavních činitelů socializace, společně s rodinou a vrstevnickou skupinou, a právě v ní pokračuje proces socializace zahájený v rodině, a to buď posílením postojů, které v rodině byly vytvořené, nebo jejich úpravou tehdy, kdy je to nezbytné.
- Protože na člověka působí v procesu dospívání, ve kterém má přítomnost dospělých velký vliv.
- Protože během školního věku podléhají děti změnám a krizovým situacím, jež je vystavují různým rizikům (mimo jiné konzumaci drog).
- Protože z povinné školní docházky do šestnácti let vyplývá, že by se jí měli zúčastnit všichni lidé během nejdůležitějšího období formování osobnosti.
- Protože je to ideální prostředí pro včasné odhalení rizikových faktorů.
- Protože učitelé, stejně jako další složky vzdělávací komunity, jsou díky svému úzkému kontaktu se studenty, vzdělávací roli a roli vzoru preventivními činiteli.
- Protože v rámci školy je důležitá <i>Výchova ke zdraví</i> , která se zabývá prevencí zneužívání drog.

Zdroj: Alonso, Freijo y Freijo (1996).

3.4.5 Prevence podle věku

Již bylo uvedeno, že veškeré preventivní působení musí zohledňovat specifika cílových skupin. Jedním z významných specifíků je věk, resp. vývojové období, ve kterém se jedinec nachází. Již od raného věku dítěte je důležité orientovat se na protektivní faktory a učit ho, jak řešit problémy a situace, které jsou spojeny s rizikovými faktory. V institucionálním prostředí musí působit prevence od takového okamžiku, kdy je jedinec schopen pochopit její obsah. U velmi malých **dětí do 3 let** je důležité zejména uspokojování potřeb, včetně potřeb citových. Tím se zvyšuje odolnost dítěte, a to i odolnost vůči vzniku závislosti na návykových látkách (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, s. 118). **Předškolní období** je v užším slova smyslu „věkem mateřské školy“, ale nebylo by správné chápat předškolní období pouze z tohoto hlediska. Jednak proto, že mnoho dětí nechodí do školky, a také proto, že rodinná výchova stále zůstává základem, na kterém mateřská škola účelně staví a napomáhá dalšímu rozvoji dítěte (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 87). Rodina je v předškolním období nejvýznamnějším prostředím, které zajišťuje primární socializaci dítěte. Socializace zahrnuje zejména vývoj vztahů k lidem v bližším i

vzdáleném společenském okolí, vývoj hodnotových orientací a norem, které se vytváří na základě příkazů a zákazů udělovaných dospělými a které pak přijímá dítě za své a také osvojení sociálních rolí, které jsou od jedince očekávány ostatními členy společnosti (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 93). V současné době se doporučuje, aby primární prevence začínala již v předškolním věku (Orosová, 2003). Důležité je, aby probíhala co nejpřirozenější formou, s využitím dětské spontaneity, úměrně rozumovým možnostem, a nevzbuzovala v takto malých dětech úzkost, například pokud by byla založena na principu odstrašení.

Po šestém roce nastává v životě dítěte velká změna, kterou je vstup do školy. Vstupem do školy se dítě zapojuje do poměrně velkého kolektivu stejně starých dětí, podřizuje se autoritě cizího dospělého a musí se na delší dobu obejít bez rodičů (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 104). Ve školním období by měla začínat cílená prevence zaměřená na odmítání alkoholu, tabáku a dalších drog (Nešpor, Csémy & Pernicová, 1996, s. 118). Z povahy věci plyne, že by mělo jít o prevenci univerzální, nezastrašující, založenou na pestrých zážitkových metodách a životních situacích, které děti mladšího školního věku řeší.

Další je **období dospívání**, lze jej v biologickém smyslu široce vymezit jako životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání a na straně druhé dovršením plné pohlavní zralosti. Současně s biologickým zráním probíhá řada psychických změn, které jsou významné a nápadné a které můžeme charakterizovat jako vznik nových pudových tendencí, hledání způsobů jejich uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitu a nástup vyspělého způsobu myšlení. V období dospívání také dochází k sociálním změnám, a to jak v měnícím se pojetí vlastní role, tak v nově reflektovaném sebepojetí (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 142). Období lze rozdělit do dvou životních etap. **Období pubescence** je zhruba od 11 do 15 let. V tomto období se objevují sekundární pohlavní znaky, které jsou charakteristické pro dospívání (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 143). **Období adolescence** je zhruba od 15 do 22 let. V této době je postupně dosahována reprodukční zralost a dokončován tělesný růst. Také se rychle mění postavení jedince ve společnosti, začínají hlubší erotické vztahy a mění se sebepojetí jedince (Langmeier & Krejčířová, 2006, s. 143). V období dospívání také začíná nabývat významu skupina vrstevníků. Toto období je náročné jak pro rodiče, tak pro dospívající dítě a všechny ostatní zúčastněné osoby. Dospívající jsou návykovými látkami zvláště ohroženi, a proto je prevence v této věkové kategorii mimořádně důležitá (Nešpor, Csémy & Pernicová, 1996, s. 119).

Becoña (2002, s. 324-336) uvádí následující specifika období dospívání ve vztahu k riziku užívání návykových látek:

- v rozvinutých zemích je experimentování s drogami u adolescentů běžné, a to zejména s alkoholem, tabákem a hašišem, novým fenoménem je rekreační konzumace drog; tyto experimenty se však mohou rozvinout i v konzumaci jiných drog; je třeba přijmout fakt, že někteří adolescenti budou konzumovat návykové látky, a právě těmto jedincům je třeba pomoci,
- začátek konzumace drog je jedním z projevů chování adolescentů, převažuje u nich názor, že návykové látky poskytnou spíše pozitivní než negativní účinky, a to má značný vliv na konzumaci drog; je tedy třeba prezentovat adekvátní informace,
- adolescent se musí sám rozhodnout, zda bude návykové látky konzumovat, nebo ne, jejich vyzkoušení, ale i následné odmítnutí závisí již na předem stanovených hodnotách jedince (co si o tom myslí, jejich vlastní vývoj, atd.), dále adolescenti mají za to, že užívání návykových látek je znakem dospělosti,
- obecně mají v adolescenci na jedince velký vliv vrstevníci; jedincům jsou nabídnuty odlišné názory, než jaké sdílí například rodina, cítí se bezpečně a součástí nějakého celku,
- většina problémů s chováním, které se projeví během adolescence, jako například konzumace návykových látek, delikvence a nezaměstnanost jsou dočasné a během dospělosti mizí,

Podle autorky výzkumy naznačují, že adolescenti s blízkými přáteli jsou více ovlivňováni rodinou, naopak na adolescenty v méně soudržných rodinách mají větší vliv vrstevníci. Platí, že preventivní programy jsou důležité v tomto období zejména u zranitelných jedinců nebo u jedinců z dysfunkčních rodin.

3.5 Vývoj preventivních programů a modelů primární prevence

Vývoj preventivních programů v oblasti drogových závislostí má za sebou již poměrně dlouhou historii, která začíná v 60. a v 70. letech minulého století. Podle Gormana (1996) šlo zejména o programy založené na znalostech ohledně informací o spotřebě drog a jejich účinku. Byly založené na víře v to, že adolescentům se nepředává dostatek informací, co se týče negativních vlivů užívání drog; tyto informace jim byly zprostředkovány a předpokládalo se, že se pak budou chovat racionálně a drogy

nekonsumovat. Tyto programy byly buď moralistické, nebo vzbuzovaly jakýsi pocit strachu. Ve Spojených státech se rozvíjel proud, který byl založen na střídmosti, ten se pak postupně dostával i do ostatních zemí, a to zejména anglosaských.

Programy orientované na znalosti nebyly tak úspěšné, dokonce někdy i opačný vliv, tj. zvýšily počet konzumentů, a to například tím, že u mladistvých měly opačný efekt, nebo byly špatně komunikovány.

V 70. až 80. letech se objevují preventivní programy založené na základě sociálních a psychosociálních studií, např. Evans (1976), Bandura (1986), Jessor & Jessor (1977); tyto modely zvažují existenci tří rizikových faktorů, které jsou nezbytné pro rozvoj účinných preventivních programů: rizikové faktory prostředí, osobnost a druhy chování. Sociální prostředí má v konzumaci drog/nekonzumaci drog velkou roli, je součástí identifikace nebo jakési společenské podpory, např. konzumace alkoholu na oslavách, svatbách atd., také určuje, kdy je konzumace drog adekvátní a kdy už ne, tj. určuje limity; toto platí pro alkohol, tabák, marihuanu, kokain, syntetické drogy a heroin. Čím více je člověk ve společnosti obklopen drogami, tím větší je pravděpodobnost, že se sám stane konzumentem. Je důležité si všimnout, že k experimentálnímu užívání drog dochází zejména ve společnosti někoho, člověk většinou s drogami neexperimentuje sám. Na základě těchto poznatků kladou psychosociální preventivní programy důraz na specifické sociální schopnosti, např. zvládání rizikových situací nebo účast v alternativních aktivitách bez drog.

Flay (1985), Perry (1986) a Sussman (1989) potvrzují myšlenku, že zásah do všech třech rizikových faktorů (rizikové faktory prostředí, osobnost a druhy chování) je účinnější, než by byl zásah jen do jednoho z nich. Pozornost je zaměřena zejména na rizikové mladé lidi. Kroger (1996) zmiňuje, že je důležité chránit jedince v období hledání identity, tj. mladistvé, adolescenty a jedince v jiných kritických obdobích. Hawkins et al. (1992) tvrdí, že u těchto lidí je osvojení si konvenčních norem faktor prevence.

Zaměření preventivní programů této doby lze ilustrovat na příspěvku Perryho a Keldera (1992), kteří uvádějí sedm kroků typických pro programy prováděné ve školách, které jsou zaměřené na prevenci konzumace alkoholu, tabáku a marihuany:

- studentova identifikace negativních důsledků užívání látky ve společnosti, např. zápach tabáku, nehoda zapříčiněná po konzumaci alkoholu atd.,
- nalezení důvodů, proč adolescenti tyto látky konzumují, např. zábava, spřátelení se, vyspělost, řešení osobních problémů atd.,

- uvědomění si pomocí cvičení, že konzumace návykových látek ve skupině vrstevníků není normativním chováním, uvádějí se data, nadhodnocování atd.
- uvědomění si, jakou roli hrají v naší kultuře modely spojené s užíváním drog pomocí médií a modelů dospělých jako takových, tj. např. představení reklamní strategie společností prodávající alkohol a tabák a jak získávají nové spotřebitel
- nácvik odmítání látky ve výše uvedených situacích,
- uvědomění si, že užívání drog nemá negativní vliv pouze na ně a jejich nejbližší, ale pro celou společnost,
- závazek vyhnout se konzumaci návykových látek.

V 80. a 90. letech se rozvíjí myšlenka, že pouhá prevence zaměřená výhradně proti drogám nestačí. Objevily se programy založené na modelu sociálního vlivu (viz dále), které stály na tréninku odolnosti a sociálních dovedností. Dva nejvýznamnější programy této doby jsou od Botvina (*Life Skills Training*) a Johnsona et al. (1990).

U současných preventivních programů je vyzdvihováno, že jsou faktické a vědecky podložené. Je ovšem otázka, zda lze hovořit o tom (jako Gorman, 1996), že jde o novou fázi vývoje, protože výzkumy byly s programy prevence vždy spojeny.

Pokud jde o situaci v ČR, také v našich podmínkách je možné sledovat určitý vývoj v přístupu k protidrogové prevenci, které svým způsobem kopírovaly vývoj ve světě.

Podle centra EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) lze uvažovat o následujících modelech prevence (EMCDDA, 2020):

- Kognitivní modely a modely založené na informacích: Jsou založeny na předpokladu, že jedinec se správně rozhodne na základě informací a poznatků, kterými disponuje, abstrahuje však ostatní faktory, které ovlivňují jeho chování. Příkladem je model víry přesvědčení ve zdraví nebo model odůvodněného konání a postoje (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016, s. 189).
- Modely sociálního dopadu: Z názvu je zřejmé, že tyto modely zdůrazňují význam takových sociálních faktorů jako je rodina, vliv vrstevníků či médií. Jejich vliv je relevantní především v počáteční fázi drogové kariéry. Jsou postaveny na předpokladu, že jedinec bude disponovat potřebnými dovednostmi pro vyhnutí se možnému ohrožení. Typickými teoriemi, na kterých modely staví, jsou teorie sociálního učení, teorie životních dovedností a teorie normativních přesvědčení,

kteřou lze vyjádřit heslem „všichni berou, proč ne já“ (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016, s. 190).

- Sociologické a vývojové modely: Model vývojové teorie vychází ze skutečnosti, že v rámci vývoje jedince se vyvíjí i jeho vnímání otázek kolem návykových látek a ostatních typů rizikového chování. V rámci sociálních modelů se má plně využít potenciál paralelního spolupůsobení sociálního klimatu ve společnosti, rodině, komunitě, mezi vrstevníky. Ten by měl zajistit dosažení žádoucího chování. Jde např. model vývojové teorie, sociálně-ekologický model, teorie šíření novinek, která říká, že drogu obvykle jako první vyzkouší tzv. „inovátor“, a ten ovlivní svoje přátele, kteří se stanou „šířiteli“ (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016, s. 190).
- Modely komplexního vlivu sociálního prostředí: programy, které kombinují vzdělávání v oblasti životních dovedností s korigováním normativních přesvědčení (normativní vzdělávání) a předáváním znalostí o návykových látkách – tzv. CSI programy z anglického comprehensive social influence (Bohrn et. al. 2008, s. 11). V principu jsou tyto modely založené na konceptu posilování protektivních faktorů při oslabování faktorů rizikových. Má se tak dít za podpory rodičů a ostatních významných dospělých v okolí jedince. V zásadě jde o pozornost věnovanou komplexním vztahům jedince s prostředím, protože rizikové chování může představovat způsob, jak se vyrovnat s nepřízní prostředí, ve kterém žije. Tyto modely lze považovat za jedny z nejúčinnějších. Příkladem je např. model problémového chování (Jessor, 1991), který poukazuje na to, že toto chování může být způsobem, jak se vypořádat s nepříznivým prostředím, nebo model sociálního vývoje, který se zaměřuje na posilování na budování pozitivních vztahů k rodině, škole, vrstevníkům a komunitě jako protektivních faktorů prevence (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016, s. 190).

Uvedené dělení můžeme doplnit ještě o kompetenční modely, které zmiňují De la Fuente, Kauffman & Díaz, 2017) a De la Fuente et. al., (2019). Autoři vycházejí z předpokladu rozvoje specifických znalostí, postojů a dovedností, na jejichž základě je jedinec schopen jednat v reálném prostředí a odpovídajícím způsobem reagovat na problematiku spojenou s užíváním drog. Vzniká tak trojí dělení na dílčí kompetence, které jsou nezbytně nutné k tomu, aby jedinci byli kompetentní v jakékoli oblasti: znalostní – pojmové (vědět), postojové (chtít, být) a procedurální (umět). Ve

specifickém případě výchovné prevence tento přístup znamená vymezení úrovně dílčích kompetencí, které by měli adolescenti mít. Jsou jimi:

- znalostní subkompetence – fakta, pojmy a zásady související s návykovou látkou,
- procesní subkompetence – osobní seberegulační dovednosti s akcentem na kontrolu chování,
- postojoyé subkompetence – hodnoty a návyky, mimo jiné vztah mezi postojem a hodnotami v rámci užívání návykových látek (De la Fuente, Kauffman & Díaz, 2017; De la Fuente et al., 2019).

3.6 Zásady efektivní primární prevence

V předcházející subkapitole bylo opakovaně konstatováno, že školní programy zaměřující se výhradně na rozšiřování znalostí žáků o rizicích užívání drog nejsou dostatečně efektivní. Podle EMCDDA (2020, s. 48-49) jsou k dispozici důkazy o tom, že preventivní efekt z hlediska užívání konopí mají některé standardizované všeobecně preventivní rodinné intervence pro rodiče a děti. Nálezy ohledně selektivní programy prevence zaměřené na rodiny rizikových mladých lidí nejsou jednoznačné, efektivita není prokázána. Neúčinné jsou mediální kampaně, které nemají vliv na změnu chování uživatelů. Částečně úspěšné jsou krátké intervence obsahující prvky motivačního rozhovoru zaměřené a mladé uživatele konopí, neboť je lze uplatnit v různém prostředí (při návštěvě praktického lékaře, v rámci poradenství při práci s mládeží, v policejní práci).

Vzhledem k uvedeným nedostatům existuje snaha popsat zásady, které by měly efektivní prevenci zvyšovat. Miovský, Zapletalová a Skácelová (2010, s. 39–41) k nim řadí:

- Komplexnost a kombinaci více strategií působících na určitou cílovou skupinu. Prevenci je nutné koncipovat jako souhrn několika faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.
- Kontinuitu (dlouhodobost) působení a systematičnost plánování.
- Cílenost a adekvátnost informací i forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím věkovým a jiným charakteristikám.
- Včasný začátek preventivních aktivit, ideálně již v předškolním věku.
- Pozitivní orientaci primární prevence a předložení konkrétních alternativ. Podpora zdravého životního stylu, využívání pozitivních modelů a nabídka atraktivních kladných alternativ.

- Využití „KAB“ – (Knowledge – Attitude – Behavior) modelu – orientace nikoli pouze na kvalitu informací, ale především na kvalitu postojů a změn chování.
- Využití „peer“ prvků (věkové blízkosti, role vrstevníka) důraz na interakci a aktivní zapojení. Pro děti a dospívající jsou vrstevníci často autoritou s větším vlivem než rodiče a učitelé.
- Denormalizaci – hodnoty a normy určitého společenství se změny tak, aby jim rizikové chování nepřipadalo jako žádoucí. Zvětšuje se účast na řešení problému a morálka.
- Podporu protektivních faktorů ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí.
- Nepoužívání neúčinných prostředků – zdravotní informace, zastrašování, přehánění následků, zakazování, moralizování apod.

Uvedené zásady jsou široce vztaženy k prevenci napříč cílovými skupinami i druhy problémů spojenými s rizikovým chováním. Pokud jde o školu, na kterou se orientuje tato práce, můžeme čerpat zejména ze zahraničních (viz též kapitola 4, Výzkumy školních programů prevence) zdrojů.

MacBeath, J & Mortimore, P (2001) říkají, že existuje 11 kritérií, která lze považovat za mediátory efektivity preventivních programů prováděných ve školách:

- profesionální řízení školského zařízení a školy,
- sdílené vize studentů, pedagogů a dlouhodobé záměry,
- kvalita učebního prostředí,
- soulad mezi pedagogickým cílem a výsledkem – důraz na efektivitu výuky,
- vysoké očekávání od každého studenta,
- pozitivní vztahy pedagogů a studentů,
- jasná pravidla výuky a kritéria posuzování výsledků,
- sledování a vyhodnocování reálných výsledků,
- organizace výuky jako celku a vyvozování závěrů ze zjištěných nedostatků a přizpůsobování reálné situaci,
- odpovědnost a práva studentů a jejich posilování,
- vztah mezi školou a rodinami studentů.

Jde v podstatě o faktory, které se týkají dobrého školního managementu, pozitivního psychosociálního klimatu a vstřícného naladění mezi aktéry a podnětného učebního prostředí. Nezbyvá než konstatovat, že se týkají veškeré pedagogické práce školy. Pokud některý z uvedených faktorů selhává, logicky se promítne i do kvality primární prevence.

V ČR jako jedni z prvních shromáždili data ohledně zásad všeobecné primární prevence ve školství Nešpor, Csémy a Pernicová (1999, s. 8-12). Podle jejich přehledově pojatých nálezů, které mají oporu v zahraničních výzkumech z 80. a 90. let minulého století, by měl efektivní program:

- Začínat včasné a být přiměřený věku: v nižším věku je prevence spíše orientována na ochranu zdraví obecně, později přibývá možnost žáky více aktivně zapojovat a opírat se o jejich kritické myšlení. Efektivita narůstá také, pokud programy začínají ještě před setkáním mladého jedince před drogou či pokud se toto setkání podaří oddálit.
- Pracovat s menšími skupinami a využívat vrstevnické prvky: připravení jsou zvláště úspěšní, pokud jde o alkohol, měkké i tvrdé drogy a kouření cigaret.
- Zahrnovat všechny žáky.
- Orientovat se na cvičení dovedností odmítání látek pod sociálním nátlakem, komunikační dovednosti, vytváření přátelských vztahů, asertivity, zvyšování sebevědomí, zlepšování sebeovládání a rozhodování.
- Zohledňovat lokální specifika (brát v potaz kulturní a jiné zvláštnosti země, místa, komunity apod.).
- Využívat pozitivní modely, se kterými se může cílová skupina ztotožnit, například vrstevníci. Naopak nevhodní (jako „odstrašující“ příklad) jsou léčeni pacienti či klienti nebo závislí klienti.
- Zaměřit se nejen na legální, ale také na ilegální látky, které jsou u dětí a dospívajících vysoce rizikové, pokud jde např. o důsledky experimentování.
- Snižovat dostupnost návykových látek (například zákaz alkoholu a dalších nealkoholových drog na akcích školy) a podporovat obecný přístup snižování nabídky.
- Soustavnost a dlouhodobost: efekt programů vzrůstá, pokud nejsou nahodilé a krátkodobé. V tomto je výhoda škol, které mohou prevenci plánovat v rámci svých školních programů na více let.

- Kvalifikovat a odbornost prezentování programu ze strany jeho lektorů: z toho plyne potřeba přípravy pedagogů a pracovníků v oblasti poskytování prevence.
- Komplexnost působení na více aktérů, tj. nejen na dítě, ale také na třídu, rodiče a pedagogy, využití více strategií.
- Zahrnout prvky selektivní a indikované prevence do prevence všeobecné (univerzální): děti se mohou dostávat do rizika v důsledku změn a zátěžových situací, proto je vhodné, aby toto riziko nebylo podceněno ani v rámci všeobecné prevence. Také se může stát, že pro ohrožené dítě se stane zdrojem informací a rad vrstevník, který je načerpal v programu všeobecné prevence.

Za zajímavou stránku představených zásad považuji upozornění na neostrou hranici mezi všeobecnou, selektivní a indikovanou prevencí, která bývá v jiných textech a studiích naopak spíše zdůrazňována. Zásady, o kterých autoři hovoří, jsou podloženy, jak bylo řečeno, výzkumnými statěmi zahraničních autorů z 80. a 90. let 20. století. Lze říci, že i v současnosti mají svoji platnost (srov. např. s Miovský a kol, 2015). Přesto je třeba v souvislosti se vznikem nových programů i teoretických modelů prevence orientovat zájem odborníků na kontinuální výzkum preventivních opatření. Také je vhodné vytvářet spolupracující platformy, na kterých by mohly být výsledky výzkumů sdíleny.

3.7 Mezinárodní výměna poznatků v oblasti prevence

Pro koncipování efektivního systému primární prevence je kladen čím dál větší důraz na to, aby byl podložen vědeckými důkazy. Na tuto podmínku upozorňují jak strategie EU i ČR, které byly analyzovány v první kapitole disertační práce, tak odborníci na preventivní problematiku. Významnou funkci v tomto směru plní Evropská společnost pro výzkum v prevenci (dále jen EUSPR), která aktivně „podporuje rozvoj vědy o prevenci a její uplatňování v praxi tak, aby podporovala lidské zdraví a pohodu prostřednictvím vysoce kvalitního výzkumu, intervencí, politik a postupů založených na důkazech“ (drogy-info, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2019, [online]). K založení EUSPR došlo v roce 2009. Její sídlo se nachází ve Španělsku a sdružuje jak akademické, tak vědecké pracovníky z celé Evropy, kteří se zabývají vývojem preventivních programů a ověřováním jejich účinnosti v praxi. Cílem je podpora prevence, která je založena primárně na zavádění výzkumných zjištění do praxe (Gabrhelík in Miovský a kol., 2016, s. 192).

EUSPR (2019) kriticky hodnotí jako neefektivní jak informačně založené preventivní programy, neboť pouhé povědomí o škodlivých účincích návykových látek nemá preventivní účinek, tak represivní přístupy, které mladé lidi od užívání drog nedokáží odradit. Za hlavní kritérium hodnocení efektivity lze považovat podle Mezinárodních standardů prevence drogových závislostí intervence, které mohou prokázat změny v chování jako např. snížení užívání drog, lepší sociální dovednosti, více komunikace a lepší schopnost sebekontroly (EUSPR, 2019). Z hlediska tématu práce je důležité, že tyto standardy pracují s kompetencemi, na něž se zaměřuje výzkumná část.

Další významnou mezinárodní organizací, která se angažuje v primární prevenci, je Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ve zkratce EMCDDA). Bylo založeno v roce 1993 a své sídlo má v Lisabonu. Centrum spolupracuje v ČR s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti. Mezi nástroje Centra, které pomáhají při identifikaci standardů preventivní intervence, patří European Prevention Curriculum a dále také Xchange registry a Best Practise Portal. Jde o velmi cenný zdroj informací, metod, publikací a programů v rámci prevence rizikového chování. Náplň činnosti EMCDDA (Oficiální internetová stránka Evropské unie, 2020) lze shrnout do několika bodů:

- monitoring drogové problematiky v Evropě;
- posouzení rizik nových psychoaktivních látek;
- monitoring způsobů řešení drogové problematiky;
- informování o osvědčených postupech, které jsou v členských zemích EU používány;
- provozování systému včasného varování;
- tvorba nástrojů a prostředků, které mají za cíl usnadnit sledování a hodnocení vlastních opatření.

Evropské unii a členským zemím EMCDDA poskytuje klíčové informace o drogové problematice, které slouží jako podklad pro tvorbu protidrogových strategií a celé řady dalších dokumentů či politik, přičemž v praxi napomáhá také odborníkům, pokud jde o zprostředkování osvědčených postupů (Gabrhleik in Miovský a kol., 2015, s. 196-197).

4 Výzkumy programů prevence užívání návykových látek

Pro pochopení stavu bádání v oblasti preventivních opatření je vhodné zorientovat v realizovaných výzkumech programů primární prevence, ať v zahraničí nebo v České republice. Smyslem je zjistit, na co se tyto výzkumy zaměřují a jaké výsledky přinášejí. Zjištění, která jsou nabídnuta v podobě rešerše, pomohou nejen empiricky ukotvit teoretická východiska práce, ale také poskytnou datový materiál pro diskusi nálezů z realizovaného výzkumu.

V rešeršovaných textech se setkáváme s přehledovými studiemi, které shrnují poznatky z více výzkumů, s vlastními výzkumy efektivity preventivních programů a také s výzkumy užívání návykových látek a s doporučeními, které z těchto výzkumů plynou pro zlepšení stávající školní preventivní praxe. Ze studií vybírám zejména poznatky ohledně tématu práce, tedy efektivity programů prevence.

4.1 Přehledové studie

Do skupiny přehledových prací patří Cuijpersova studie (2003), jejíž autor se zabýval systematickými přehledy a metaanalýzami. Uvádí, že během několika posledních desetiletí byly nejen vyvinuty, ale zároveň také i zkoumány desítky programů prevence užívání drog. Tyto intervence jsou zaměřeny na problematiku alkoholu, tabáku a případných dalších návykových látek. Preventivní programy mají různé cíle, přičemž k nejčastějším patří:

- Zvyšování znalostí v oblasti tematiky drog.
- Omezování užívání drog.
- Oddálení nástupu prvního užití návykové látky.
- Omezování zneužívání návykových látek.
- Minimalizace škod, k nimž dochází na základě případného užívání drog.

Autor dále konstatuje, že převážná většina výzkumů programů prevence užívání návykových látek je prováděna na školních programech drogové prevence. Programy protidrogové prevence přitom bývají buď interaktivní, nebo naopak neinteraktivní. V obou případech dochází u žáků, na něž jsou tyto preventivní programy aplikovány, k rozvoji jejich znalostí o drogách (jedná se o společnou charakteristiku podobných programů). Z hlediska efektivity autor ovšem upozorňuje, že pokud jde o vlastní experimentování s návykovou látkou, školní preventivní programy zaměřené proti drogám nebývají většinou úspěšné, a proto je vhodné se coby na novou, slibnou variantu možné prevence u školáků

či studentů zaměřit na preventivní programy rodinného charakteru. Z tohoto závěru plyne, že vliv rodinného prostředí a životního stylu rodiny je důležitým faktorem při rozhodování se o užívání návykových látek.

Také Chang et al. (2014, s. 44) ve svém příspěvku shrnují výsledky předchozích výzkumů na dané téma. Vyplývá z nich, že k efektivním patří zejména takové programy prevence drog, které jsou založené na dovednostech. Podle autorů:

- zvyšují znalosti studentů,
- zvyšují výskyt protidrogových postojů mezi studenty,
- zlepšují osobní a sociální dovednosti účastníků (tedy jejich schopnost rozhodování, jejich odolnost, stejně jako i dovednost řešení problémů),
- snižují tendence (záměr) užívat návykové látky,
- omezují samotné užívání návykových látek.

Podobně Botvin a Griffin (2007) referují o školních programech prevence užívání alkoholu, tabáku a jiných drog. Konstatují, že užívání a zneužívání návykových látek jsou důležité problémy veřejného zdraví v USA i na celém světě. V mnoha vyspělých zemích počáteční fáze užívání návykových látek obvykle zahrnuje experimenty s alkoholem, tabákem nebo marihuanou s vrstevnickou skupinou během dospívání, což odpovídá zvýšené svobodě a nezávislosti v tomto období. Autoři konstatují, že byla vyvinuta a testována celá řada teoretických školních programů prevence drogových závislostí. Dospívají k závěru, že nejefektivnější programy drogové prevence u školou povinných jedinců jsou ty, které jsou interaktivního charakteru a ve svém důsledku vedou k tomu, že si žáci (mladí lidé) osvojují specifické dovednosti, jakými jsou schopnost odmítnout drogu, odolat vlivům „prodrogového“ okolí, napravovat mylné představy o tom, že užívání drog je normativní (v daném prostředí považované za normu); společně s těmito schopnostmi jsou pak u subjektů, na něž je skrze preventivní protidrogové programy působeno, rozvíjeny – obohacovány – zejména sociální a osobnostní kompetence (s. 607).

Faggiano et al. (2008) ve svém rozsáhlém přehledu 29 studií, z nichž 28 bylo realizováno v USA, identifikovali součásti různých kurikul coby účinných mediátorů školských programů zaměřených na prevenci užívání nelegálních návykových látek u převážně dvanáctiletých dětí. Intervence postavené na nácviku dovedností ve srovnání s obvyklými preventivními kurikuly výrazně snižují užívání marihuany, užívání jiných nelegálních drog a zlepšují rozhodovací schopnosti, sebeúctu a odolnost vůči sociálnímu

vlivu. Intervence založené na znalostech stejně jako afektivní programy nemají významný účinek na změnu chování, ale ve srovnání s obvyklými kurikuly mohou vylepšit znalosti o drogách a rozhodovací schopnosti, afektivní programy o něco více (Faggiano, Vigna-Taglianti, et al., 2008).

Lemstra et al. (2010, s. 84) se v rovině výzkumné věnují tématice užívání marihuany u jedinců ve věkovém rozmezí od 10 do 15 let, konkrétněji se pak ve svém systematickém přehledu zdrojů z období let 1980 až 2007 zajímají, zda jsou školní programy prevence užívání marihuany (vedle prevence užívání alkoholu) účinnými; autoři rozlišují preventivní programy znalostního charakteru a programy komplexní. Jejich zájem je směřován k preventivním školním programům dlouhodobého trvání, tedy v délce minimálně jednoho roku, přičemž docházejí k závěru, že tyto dlouhodobé programy vedou k (Lemstra et al., 2010, s. 84):

- Průměrnému absolutnímu snížení užívání alkoholu o 12 dní měsíčně (v případě, že se jedná o programy s komplexním obsahem) u adolescentů ve věku 10–15 let;
- Průměrnému absolutnímu snížení užívání marihuany o 7 dní měsíčně u adolescentů ve věku 10–15 let (taktéž v případě komplexně laděných projektů);
- Průměrnému absolutnímu poklesu užívání alkoholu o 2 dny měsíčně u dospívajících ve věku 10–15 let (v případech, kdy programy nebyly komplexního charakteru, ale jednalo se pouze o rozvíjení znalostní kompetence zúčastněných).

Z hlediska efektivity pak lze dle autorů považovat za nejúčinnější programy primární prevence dlouhodobého komplexního charakteru obsahující informace o drogách společně s rozvojem schopnosti odmítnutí užití návykové látky, schopnosti sebeovládání a také i s tréninkem sociálních dovedností u žáka (Lemstra et al., 2010, s. 84). Z dané informace tedy lze vyvozovat, že programy primární prevence týkající se tematicky užívání marihuany (konopných drog) coby návykové látky, mohou efektivně vést k rozvoji kognitivních a znalostních kompetencí, sociálních kompetencí a kompetencí spadajících do oblasti seberegulace. Proto, aby byly tyto kompetence u žáků rozvíjeny, musí ovšem programy splňovat určitá kritéria (viz předcházející odstavce textu). Zcela konkrétně pozitivní dopady takto nastavených školních programů primární prevence spočívají ve zjištění, že mohou vést k průměrnému absolutnímu snížení užívání marihuany o 7 dní za měsíc v populaci dospívajících ve věku 10–15 let (Lemstra et al., 2010, s. 92). Daný fakt lze podpořit zjištěními, například již z analýzy školních osnov obsahujících informaci po prevenci užívání návykových látek z 80. let 20. století, kdy, již z těchto lze vyvozovat, že

programy sociálního vlivu a komplexní programy fungují coby neúspěšnější při snižování užívání návykových látek (Tobler & Stratton 1997 in Lemstra et al., 2010, s. 93).

Světová zdravotnická organizace (WHO) po přezkoumání školních programů prevence drog a alkoholu určených adolescentům zjistila, že má-li být intervence rozvíjející a zejména znalostní kompetence žáků úspěšná, pak by měla být vedena systémem interaktivních přednášek, jelikož ty jsou efektivnější v oblasti rozvoje potřebných osobních kompetencí žáka (Stewart-Brown 2006 in Lemstra et al., 2010, s. 92–93). I přesto však znalostně orientovaná školní prevence užívání návykových látek vede maximálně ke krátkodobému zpoždění v počátku nástupu zneužívání návykových látek a ke krátkodobému snížení jejich spotřebovaného množství (Stewart-Brown, 2006 in Lemstra et al., 2010, s. 93).

4.2 Hodnocení konkrétních programů

Arelingaiah et al. (2017) se ve svém příspěvku věnují tématice takzvaného ADS (alcohol dependance syndrome), které lze do českého jazyka překládat jako syndrom závislosti na alkoholu. Autoři vzhledem k této problematice zpracovali studii, jejímž cílem bylo zjistit odolnost, zranitelnost, teorie a dostupné intervence pro děti rodičů, kteří jsou závislí na alkoholu. Studie byla realizována za pomoci alkoholových screeningových testů (CAST) a dotazníku (CAGE). Děti osob závislých na alkoholu jsou náchylné k rozvoji různých psychosociálních problémů a přenášejí je dále do svého pozdějšího života. Podle autorů se jedná o rizikovou skupinu, u které se během života obvykle objeví problémy s užíváním alkoholu a dalších drog. Studie uvádí, že i přes nepříznivé životní situace z některých jedinců vyrostly naprosto kompetentní dospělé osoby. Autoři konstatují, že školy fungují jako logické prostředí pro možnou intervenci v oblasti sociální patologie. Konstatují, že návykové látky jsou pro děti snadno dostupné. Konkrétněji se pak z oblasti prevence užívání návykových látek autoři orientují na děti rodičů užívajících tyto substance, pro něž existují specifické programy aplikované v praxi (s. 8). Konstatují s oporou o analyzované výzkumy, že školní podpůrná skupinová intervence ve svém důsledku vede k následujícímu (Gance-Cleveland&Mays, 2008; Arelingaiah et al., 2017, s. 8):

- Zlepšení znalostí.
- Osvojení strategií zvládání.
- Lepší sociální integraci (zejména v případě dívek).

Mezi programy prevence, na které studie cílí, patří programy *Program studenti společně a vynalézavý (STAR)*, *Programu zvládání stresu a povědomí o alkoholu (SMAAP)*, nebo *Program posilování rodin (SFP)*, které budou dále blíže představeny.

Programu zvládání stresu a povědomí o alkoholu (SMAAP) je školní program trvající osm týdnů, který kladе důraz na následující intrapersonální, kognitivní a behaviorální kompetence:

- Sebeúctu (její rozvoj).
- Osvojování znalostí (výuku informací týkajících se alkoholu a jeho užívání).
- Rozpoznávání emocí a nakládání s nimi.
- Rozvoj strategií zvládání problémů.

U programu SMAAP, byly dle autorů studie, zjištěny pozitivní dopady na rozvoj znalostí žáků, jejich zisk (rozvoj) sociální podpory, stejně jako na schopnost zvládání zátěže z hlediska emočního oproti vrstevníkům, kteří se programu neúčastnili a na míru sociálních kompetencí a schopností řešit problémy u účastníků (Short et al., 1995 in Arelingaiah et al., 2017, s. 8).

Program studenti společně a vynalézavý (STAR) je určen pro studenty. K cílům programu STAR patří zvýšení sociální kompetence společně s poskytováním přesných informací vztahujících se k užívání alkoholu (komplikacím spojeným s podobným návykem) u jednotlivců, stejně jako i u členů rodiny, v níž vyrůstají děti; program staví na skupinových cvičeních, která jsou orientována na snahu pomoci žákům/studentům rozpoznat a následně vyjádřit své pocity, stejně jako i na procvičování specifických kompetencí (řešení problémů, zvládání stresu, rozhodování a dovednosti odmítání konzumaci alkoholu) (s. 8). Emshoff (1990 in Arelingaiah, Pandian a Sinu, 2017, s. 8) provedl randomizovanou studii porovnání programu s dětmi rodičů trpících ADS, které se programu STAR neúčastnily – dle výsledků byly děti účastné na programu schopné snadněji rozvíjet silnější sociální vztahy, byly více samostatné, vykazovaly lepší sebepojetí, projevoval se u nich trend navyšování počtu přátel a zlepšovala pocíťovaná sociální podpora.

Program posilování rodin (SFP), autorů Kumpfera a Marshe (Arelingaiah, Pandian a Sinu, 2017, s. 8), poskytuje školení rodinám, rodičům a také dětem samotným. Kumpfer et al., (1996 in Arelingaiah, Pandian a Sinu, 2017, s. 8) provedl sám randomizovanou kontrolovanou studii, v níž zjistil, že program SFP snižuje rizikové faktory užívání

návykových látek, naopak zvyšuje odolnost účastníků (rozvíjí jejich kompetenci fungování za působení stresových faktorů), snižuje užívání alkoholu/jiných drog v populaci dětí rodičů, jež jsou sami uživateli.

Arelingaiah, Pandian a Sinu (2017, s. 9) upozorňují, že výzkumné studie doslova po celém světě naznačují vhodné úrovně složek, jež by měly být v preventivních (intervenčních) programech týkajících se užívání návykových látek obsaženy, protože zahrnují jak informace a vzdělávání, tak také i budování dovedností (rozšiřování zejména sociálních kompetencí a kompetencí zvládnání, dále pak schopnosti zisku sociální podpory, schopnosti bezpečného vyjádření pocitů zúčastněných osob a v neposlední řadě zdravých činností, jimž se jedinci a skupiny v programech věnují).

Faggiano, Minozzi, Versino, Buscemi (2014) zkoumali vliv školního preventivního programu na snížení užívání drog. Tento program byl zaměřen na zvyšování znalostí o škodlivosti drog u žáků základních a středních škol. Školy, které nabízejí nejsystematičtější a nejefektivnější způsob prevence, mají osnovy jsou rozděleny do čtyř hlavních skupin:

1. Studijní osnovy založené na znalostech poskytují informace o drogách a předpokládají, že samotné informace povedou ke změnám v chování.
2. Osnovy sociálních kompetencí jsou založeny na přesvědčení, že děti se učí užívat drogy díky modelům, napodobování a posilování, ovlivněné poznáváním dítěte, postoji a schopnostmi. Tyto programy používají instruktáž, ukázkou, zkoušku, zpětnou vazbu a posílení a další aspekty. Vyučují obecné osobní a sociální dovednosti v oblasti sebeovládání, jako je stanovení cílů, řešení problémů a rozhodování, stejně jako kognitivní dovednosti, díky kterým odolávají vlivům médií, zlepšují mezilidské vztahy, zlepšují sebeúctu, vyrovnávají se se stresem a úzkostí, zvyšují sebeuvědomění a komunikaci s ostatními.
3. V rámci postojů k sociálním normám se používají metody normativního vzdělávání a odborné přípravy v dovednostech drogové rezistence, patří mezi ně náprava nadhodnocení dospívajících ohledně míry užívání drog dospělými a dospívajícími, rozpoznání vysoce rizikových situací, zvýšení povědomí médií, vlivy vrstevníků a rodiny. Také sem patří výuka a procvičování odmítavých dovedností.
4. Kombinované metody jsou založené na přístupech zaměřených na znalostech, sociálních kompetencích a sociálním vlivu.

Na roli mediátorů krátkodobého efektu intervence Unplugged se zaměřili Giannotta et al. (2014) a zjistili, že ve srovnání s kontrolní skupinou účastníci programu vykazovali spíše negativní postoje k drogám, měli negativní přesvědčení o účincích cigaret, alkoholu a

marihuany, spíše u svých vrstevníků neakceptovali kouření a užívání marihuany, zároveň toho více věděli o všech návykových látkách a dokázali účinněji odmítnout nabízené cigarety. Podle autorů mohou být za pozitivní efekt intervence zodpovědné zejména negativní postoje k drogám, denormalizace užívání a získaná schopnost odolat sociálnímu tlaku. Identifikované mediační účinky však byly relativně slabé a některé z nich byly dokonce těsně za hranicí statistické významnosti (Giannotta et al., 2014).

Onrust, Van der Heijden, Zschamich a Speetjens (2018, s. 921) se zaměřují na preventivní program s názvem *Fresh Start*, který je orientován na snahu posilování negativního postoje studentů k návykovým látkám (Onrust, Van der Heijden, Zschamich a Speetjens, 2018, s. 921). Upozorňují, že kritickým momentem, v němž dochází k proměně přístupu (postoji) k užívání návykových látek, je v případě školní docházky plnicích jedinců jejich přechod ze základního stupně vzdělávání na střední školy; pozitivní postoj k takovým látkám pak dle autorů často předesílá jejich vlastní užívání.

Program jako takový sestává ze čtyř lekcí v délce trvání 50 minut, jež probíhají jedenkrát týdně. V rámci první lekce jsou studenti vedeni k zapojení do diskuse o přechodu na střední školu a také o nizozemské legislativě vztahující se k užívání návykových látek (jedná se zejména o reflektování faktu, že osoby starší osmnácti let v Nizozemí smějí nakupovat cigarety, alkohol či konopí, zatímco mladší jedinci nikoli) (Onrust, Van der Heijden, Zschamich a Speetjens, 2018, s. 923). Fresh start tedy cílí na působení na postoje studentů a osvojování si kompetence odmítání návykových látek, či přesněji rozvoji negativního postoje v rovině náhledu na jejich konzumaci.

Jak sami autoři uvádějí, u programu byl výzkumně potvrzen pozitivní vliv na odložení počátku doby užívání konopí, ovšem zároveň upozorňují, že pozitivní postoj vrstevníků k užívání konopí byl zachován, jeho vliv nebylo možné na základě *Fresh Startu* ovlivnit opačným (tedy žadaným) směrem (Onrust, Van der Heijden, Zschamich a Speetjens, 2018, s. 926). Negativní postoj účastníků programu byl zjištěn vůči jedincům tvořícím kontrolní skupinu zejména v první polovině školního roku, zatímco ve druhé polovině se pak dosažený rozdíl postupně snižoval tak, že na konci ročníku studenti z experimentální i kontrolní skupiny vykazovali téměř totožné postoje ke kanabisu – tyto bylo možné, co do jejich intenzity, dát do rovnítka se stavem na samotném začátku nástupu na střední školu (Onrust, Van der Heijden, Zschamich a Speetjens, 2018, s. 927). Úspěšnost/účinnost preventivních programů orientovaných na užívání návykových látek.

Chang et al. (2014) zkoumali účinky školního programu prevence užívání drog pro studenty středních škol na Tchaj-wanu. Učební plán sestával z 10 lekcí a 4 domácích úkolů

zahrnujících aktivity ve vztahu rodič – dítě. Byl zde použit kvazi-experimentální design. Studie byla provedena na městské střední škole ve městě Tchaj-pej a na střední škole ve venkovské oblasti okresu Taoyuan. Do základního (září 2011) a následných průzkumů (listopad 2011) se úspěšně zapojilo celkem 327 studentů středních škol v intervenční skupině a 314 studentů ve srovnávací skupině. K posouzení účinků byl použit přístup smíšeného modelu. Výsledky vícerozměrné analýzy ukázaly, že školní program protidrogové prevence zvýšil znalosti studentů o drogových závislostech, postoje k drogové prevenci, lepší životní dovednosti, a lépe vnímané zapojení rodičů do prevence užívání drog. Výsledky této studie potvrzují správné provádění školních programů prevence užívání drog, které zahrnují aktivity rodičů a dětí s cílem zlepšit znalosti, postoje a životní dovednosti drogové prevence u mládeže.

Dalšími, kdo hovoří v těchto souvislostech o rodině, jsou Chang et al. (2014), kteří zkoumali účinky školního programu prevence užívání drog pro studenty středních škol na Tchaj-wanu. Výsledky vícerozměrné analýzy ukázaly, že školní program protidrogové prevence zvýšil znalosti studentů o drogových závislostech, postoje k drogové prevenci, lepší životní dovednosti, a lépe vnímané zapojení rodičů do prevence užívání drog. Výsledky této studie potvrzují správné provádění školních programů prevence užívání drog, které zahrnují aktivity rodičů a dětí s cílem zlepšit znalosti, postoje a životní dovednosti drogové prevence u mládeže.

4.2.1 Efektivní preventivní drogové programy

Jak zmiňuje Hyshka (2013, s. 115), účinné programy (intervence) snižující prevalenci rizikového chování jen v podobě užívání návykových látek bývají ty, které nejsou paradoxně orientovány pouze a na uváděné zneužívání, ale jedná se zpravidla o intervence vycházející z širšího přístupu zaměřujícího se na sociální determinanty života dětí a dospívajících, tedy zejména na faktory jejich rodinného fungování a také na faktory síťové (networkingové). Zmíněný poznatek lze podložit taktéž metaanalýzami, v jejichž rámci bylo zjištěno, že programy preventivní intervence užívání návykových látek u dospívajících bývají účinnější v případech, kdy působí na víceúrovňové determinanty (na rozdíl od působení pouze a jen na atributy na úrovni individuální) (Jackson et al., 2012; Porath-Waller et al., 2010, in Hyshka, 2013, s. 115).

Na základě uváděných způsobů působení v preventivních opatření tak lze vyvozovat, že úspěšné programy primární prevence, kterým mohou být žáci a studenti ve školním prostředí či v souvislosti se svou školní docházkou vystavováni, se zaměřují na

rozvoj sociálních kompetencí, ať jsou tyto směřovány do prostředí rodiny, nebo do okolního (mimo rodinného) prostředí vrstevníků apod.

V případě praxe například Spojených států amerických je možné potvrdit, že zde dochází k uskutečňování programů prevence užívání návykových látek ve školách – tyto zahrnují (krom například alkoholu) také zaměření právě na konopí (srov. Walton et al., 2014, s. 792). Účinnost preventivních programů univerzálního charakteru zde byla prokázána v případě ohrožení či již propuknutého výskytu nízké míry užívání marihuany, případně tabáku, ovšem u vysoké míry užívání jsou pak za účinnější pokládány programy prevence, které jsou takzvaně selektivní či indikované (Shamblen & Derzon, 2009, in Walton et al., 2014, s. 786). U všech návykových látek – tedy právě i u konopných drog – je pak nutné podotknout, že účinnost školních preventivních programů v podobných případech je omezená, když děti/dospívající docházejí do vzdělávacích zařízení pouze sporadicky, nebo dokonce svou docházku předčasně zcela ukončí (Walton et al., 2014, s. 786).

Výzkumem byla prokázána nižší úroveň úspěšnosti preventivních programů takzvaně „tradiční“ povahy, tedy těch, jež staví své poselství zejména na abstinenci, a to s ohledem na současnou situaci fungování sociálního prostředí, v němž se mladí lidé běžně pohybují (srov. Butters, 2004, s. 382). Uváděný typ programů tak nemá zásadní vliv na rozvoj kompetencí, které jsou pro odmítání užívání návykových látek potřebné a žádoucí, tady ani kompetencí takzvaných specifických. Podobné pozitivní dopady u nich lze očekávat pouze v nízké či dokonce žádné míře. Opět tedy zde lze narazit na nutnost posilování zejména sociálních kompetencí dospívajících tak, aby tito byli případně schopni odolávat tlaku svého sociálního okolí, kriticky na něj nahlížet apod.

Butters (2004, s. 382) pak ve své stati taktéž upozorňuje na již dříve výzkumně potvrzený fakt úspěšnosti právních předpisů, které by měly odrazovat dospívající jedince od užívání návykových látek. U populace adolescentů již užívajících konopí Butters (2004, s. 381) upozorňuje na fakt větší úspěšnosti preventivního působení nikoli na základě trestních zákonů, ale spíše skrze následující neformální kontrolní mechanismy:

- Působení vrstevníků;
- Fungování sociálního nesouhlasu;
- Vnímaných zdravotních dopadů a možné eskalace v užívání návykových látek.

Jako zajímavost pak lze uvést, že preventivní působení na uživatele konopí z řad dospívajících se může odlišovat – co do svých dopadů a celkové úspěšnosti – na základě

genderu, tedy může se jednat o různou míru vyvolaného požadovaného pozitivního efektu u mužů a žen (u dívek a chlapců) (Butters, 2004, s. 381).

Maithya (2009) popisuje zneužívání drog v africké Keni, kde se stává stále větším problémem. Řada studií provedených v zemi ukazuje, že už téměř každý keňský mladík experimentuje s drogami, zejména s pivem a cigaretami. Hlavní příčinou obav je fakt, že značná část těchto mladých lidí se stane závislými. Cílem smíšeného výzkumného šetření realizovaného pomocí dotazníků a rozhovorů u studentů a studentek středních škol v Keni (N = 360) bylo zjistit současný trend zneužívání drog mezi studenty středních škol a poté navrhnout konkrétní program prevence a intervence. Autorka na základě dat konstatuje, že: „Jakýkoli vzdělávací program používaný ve škole by se měl zaměřovat nejen na zvyšování znalostí a povědomí o účincích zneužívání drog, ale měl by se také zaměřovat na změnu hodnot, postojů a přesvědčení, o nichž se předpokládá, že v konečném důsledku ovlivňují chování, a také na budování sociálních a osobních dovedností.“ (Maithya, 2009, s. 108) Programy primární prevence užívání drog ve školním prostředí mají být dle autorky komplexní, aby v jejich rámci docházelo nikoli pouze k rozšiřování vědomostní základy školáků/studentů, ale zároveň aby byly rozšiřovány taktéž jejich kompetence v rovině hodnotové a postojevé, jelikož ty se pak následně nejvíce odrážejí v chování a jednání těchto jedinců.

Podobně postupuje Světová zdravotnická organizace v souvislosti s preventivní činností škol v oblasti problematiky užívání návykových látek apeluje na zavádění zdravotní výchovy založené na dovednostech ve školách, kdy cílem podobného kroku má být zlepšování životních dovedností dospívajících jedinců, tedy skupiny jejich psychosociálních kompetencí a mezilidských dovedností zahrnujících (WHO, 2003 in Chang et al., 2014, s. 43):

- Komunikaci.
- Rozhodování.
- Odmítnutí.
- Zvládání stresu.
- Kritické myšlení.

4.2.2 Neefektivní preventivní programy

Příkladem rozporuplného a kritického výsledku systematické analýzy publikovaných výzkumů je práce Norberga et al. (2013), kteří shrnují efektivitu programů zaměřených na

užívání marihuany. Velikost účinku (effect size) u většiny z 25 hodnocených randomizovaných studií, jež prokázaly snížení rizika užívání konopných drog u dětí vystavených sledované intervenci, byla ale zanedbatelná až malá ($d < 0,1$ resp. $d < 0,3$) a také celková kvalita hodnocených studií dosáhla v průměru jen 4,64 bodu z 9 možných. V porovnání s ostatními typy se zdají být slibnější programy komplexní všeobecné prevence (oproti unimodálním programům a selektivním programům), ale vzhledem k malým referovaným velikostem účinku autoři doporučují při interpretaci obdobných studií velkou obezřetnost. Střední a vyšší hodnoty velikosti účinku dosahovaly nejčastěji všeobecné multimodální programy zacílené na skupinu ve věku 10–13 let, které byly facilitovány několika externími lektory, měly spíše kratší dobu trvání (10 a méně lekcí) a byly následně doplněny posilovacími lekcemi. Protože se ale také objevil nemalý počet studií, které tomuto závěru odporovaly, pro zobecnění výsledků je podle autorů třeba brát v potaz zvlášť formu a obsah programu (Norberg et al., 2013).

Ve snaze prosazovat praxi založenou na důkazech vznikají ve světě, ale i u nás (viz např. Širůčková et al., 2012), seznamy modelových programů v oblasti prevence. Gandhi et al. (2007) se ve svém kritickém článku zaměřili na to, na základě jakých důkazů se na sedmi takových prestižních seznamech objevilo pět nejčastěji zmiňovaných programů coby modelových příkladů dobré praxe primárně preventivních intervencí. Autory zajímalo, jak vypadal proces evaluace těchto pěti programů, které byly označeny za efektivní a následně propagovány. Na základě systematické revize publikovaných výzkumů o sledovaných intervencích zjistili, že pro většinu z nich neexistuje dostatek důkazů o podstatném dopadu, který by navíc přetrvával i při delším sledování. Kritizují zejména nedostatečný počet provedených evaluací (u čtyř z pěti programů byly provedeny pouze jedna nebo dvě nezávislé studie zjišťující efektivitu). Dále kritizují absenci nezávislých hodnotitelů (autoři nebo realizátoři často figurují i jako evaluátoři); příliš mnoho sledovaných závisle proměnných (při 5% pravděpodobnosti chyby 1. druhu se u 1 z 20 sledovaných proměnných objeví signifikantní výsledek, který potvrdí neplatnou hypotézu); efektivitu zjištěnou pouze „za určitých podmínek“, což znamená, že je intervence cílena všeobecně, má očekávaný dopad pouze na určitou subpopulaci, zatímco na jinou může mít iatropatogenní vliv; zkreslení nízkou interní validitou - nezohlednění potenciálních problémů při nesouhlasu s účastí, vypnutí ze studie či při randomizaci; a zejména málo studií s opravdu dlouhodobým prospektivním sledováním dopadů intervence (pouze výjimečně se výzkumníkům podaří sledovat účastníky 2 a více let, což je pro efektivní primární prevence teprve prokazatelný čas pro evaluaci).

4.2.3 Výzkumy preventivních programů v ČR

V České republice existuje omezené množství výzkumů, jež by nabízely data potvrzující, že změny ve vztahu k užívání návykových látek lze přímo připsat určitému typu preventivních intervencí. Potřebné jsou dlouhodobé výzkumy hodnocení efektivity programů primární prevence a dlouhodobé výzkumy monitorující chování ve vztahu k drogám u dětí a adolescentů. V rámci rešerše bylo zjištěno, že je nedostatek „tvrdých dat“ monitorujících oblast hodnocení efektivity programů primární prevence. Z výše uvedených výzkumů je patrné, že jde pouze o souhrn doporučení vztahujících se k hodnocení efektivity primární prevence orientovaných na užívání návykových látek.

Pro Českou republiku Miovský et al. (2015, s. 82) uvádí, že Česká republika nemá ve výzkumu školské prevence a preventivních intervencí příliš dlouhou tradici a institucionální rámec je v tomto směru relativně omezený, přesto se podařilo v posledních 15 letech dosáhnout významného pozitivního posunu. Došlo ke snaze o posun v této oblasti, a to alespoň o základní metodologickou podporu. Je možné se setkat jak s testováním různých adaptací zahraničních programů, tak s vývojem a testováním původních intervencí. Jako zásadní nedostatek (limitující faktor) výzkumné práce v oblasti preventivních programů užívání návykových látek u školáků pak autor vidí zejména nedostatečnou dokumentaci preventivních intervencí, které jsou předmětem výzkumných snah (testování) – tato totiž následně vede k nemožnosti hlubší evaluace přípravy a procesu podobných intervencí; dále pak taktéž poukazuje na v českém prostředí panující nízkou publikační kulturu společně s nízkou dostupností dokumentace v obecné rovině – tato je ilustrována konkrétně nedostatkem adekvátní publikace výsledků testování efektivity programů (Miovský, 2015, s. 82).

Zisk informací o tom, jakým způsobem tedy dochází k případnému rozvoji kompetencí žáků/studentů vystavených působení některého se školami vedených preventivních programů užívání návykových látek, je tedy v českém prostředí značně ztížen, ne-li přímo znemožněn.

5 Škola a primární prevence drogových závislostí

V této kapitole se zaměřím na popsání obecných zásad prevence v prostředí školy. Uvedu úlohu školního metodika prevence a funkci preventivního programu školy.

5.1 Rizikové a protektivní faktory školního prostředí

Školy jsou považovány podle řady autorů (Burkhart, 2002; Botvin, Griffin, 2007; Maes a Lievens, 2003; Botvin, 2000) za nejdůležitější zařízení zajišťující prevenci. Jak uvádí Franclová (2013), už samotný nástup do školy je zátěžová situace. Helus (2009) tento proces nazývá procesem scholarizace a uvádí, že je nezbytnou součástí socializace jedince. Ve škole také dochází k formování osobnosti. Škola je též místem, které může pozitivně ovlivnit celkovou životní perspektivu jedince. Škola musí žákovi nabídnout zažít pocit úspěchu, získat pozitivní a posilující zkušenosti a nabídnout možnost prožití pozitivních emocionálních okamžiků. Často se ale tyto ideály školy nenaplní a škola se může stát pro žáka místem rizikovým.

V dnešní době je spousta žáků přímo ohrožena školním selháním. Školní neúspěch či školní selhání s sebou přinášejí negativní dopady na vzdělávací a výchovný proces, kterým žák prochází. Žáci, kteří trpí školním neúspěchem, se potýkají s nezapojením do výukových činností, neumí komunikovat, neumí požádat druhého o pomoc, nedokáží naslouchat, snižuje se jejich sebedůvěra, začíná se u nich v rámci edukace objevovat závislost na učitelích a jiných pedagogických pracovnících, spoléhají na náhodu, učí se strategiím pokus – omyl, zcela ztrácí veškeré pozitivní perspektivní plány v rámci své profesní budoucnosti, jsou rezignovaní apod. (Čáp & Mareš, 2007; Auger & Boucharlat, 2005; Podhájecká & Kožárová, 2016; Preiser, 2009; Vágnerová, 2005).

Významným faktorem v procesu edukace je obzvláště osobnost třídního učitele. Třídní učitel totiž ve velké míře utváří postoje žáka k vzdělávacímu, ale i výchovnému procesu (jedná se také o funkci, která v sobě zahrnuje činnost poradce). Stává se tak prvním, kdo by měl zachytit rizikové faktory, případy jevy, které se u žáků ve školním, někdy i rodinném prostředí objevují. Jeho aktivity totiž nesměřují pouze k žákům, ale zahrnují rovněž činnosti týkající se rodiny či zákonných zástupců a dalších pedagogů či odborníků z jiných oblastí, kteří jsou v užším kontaktu s žáky. Velmi důležité tedy je, jaké má třídní učitel sociální dovednosti. Třídní učitel by měl umět akceptovat individualitu žáků a jejich zákonných zástupců. Třídní učitel se ale může dopustit chyb, jako každý jedinec, které žákovi ztíží jeho edukační proces. Tyto chyby mohou vést k nezdravému

vztahu k učiteli a mohou taktéž způsobit vznik rizikových faktorů (Krejčová, 2011; Svoboda & Němcová 2015).

Mezi rizikové faktory patří:

- školní neúspěch,
- nepřijetí mezi vrstevníky,
- špatný vztah učitel – žák,
- nekvalitní komunikace mezi školou a domovem,
- chybějící motivace ke školní práci,
- nedostatek pozitivní interakce,
- negativní klima školy,
- špatný edukační proces,
- vazba na sociální skupiny s projevy rizikového chování (Pressová, 2014).

Je nutné, aby byla prevence v rámci školy všestranně zaměřená a poskytovala žákům široké spektrum oblastí intervencí a poradenských technik. Jednou z velice ceněných spoluprací právě při uplatňování všeobecné primární prevence je kvalitní komunikace mezi žáky, zákonnými zástupci žáků a školou.

V rámci školského systému se na prevenci podílí více oblastí působení. Stěžejními oblastmi působení jsou školní poradenská pracoviště a školská poradenská zařízení. Mezi školská poradenská zařízení spadají speciálně-pedagogická centra, střediska výchovné péče, orgány sociálně právní ochrany dětí a pedagogicko-psychologické poradny. Školská poradenská zařízení vykonávají často prevenci na sekundární úrovni a mezi jejich činnost spadá například preventivně výchovná péče, příprava žáků na budoucí povolání, pedagogicko-psychologické služby apod.

Na školské úrovni figuruje školní poradenské pracoviště, pod které spadají všichni aktéři školní prevence, jako je školní metodik prevence, školní speciální pedagog, školní psycholog, výchovný poradce. V rámci školního poradenského pracoviště se tvoří dokument, a tím je Minimální preventivní program (Bendová, 2015; Mertin & Krejčová, 2013).

Pokud jde o kompetence, škola by měla více rozvíjet životní dovednosti a zaměřit se v jejich rámci na taková preventivní témata, jako je užívání alkoholu a návykových látek společně s plánováním těhotenství, schopností kooperativního učení, nebo s podporou duševní pohody (Miovský et.al. 2015, s. 76).

5.2 Systém primární prevence ve školství

Systém primární prevence rizikového chování má v ČR již po léta stabilní strukturu. V této podkapitole je uveden jen pro úplnost pohledu na problematiku. Tvoří ho orgány a instituce státu, které poskytování prevence ve školství garantují, mají vymezenou působnost, kompetence a odpovědnost. Aktuálně se tento systém řídí vyhláškou č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kde zákon stanovuje pozici metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně.

Pilař, Budinská in Miovský et al., 2015, s. 62-65, zmiňují, že jde o následující instituce:

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy:

- zpracovává akční plán, metodicky podporuje a koordinuje problematiku primární prevence, vytváří podmínky pro realizaci resortního systému prevence na národní úrovni v oblasti metodické a legislativní, vyčleňuje resortní finanční prostředky na specifickou primární prevenci rizikového chování, podílí se na certifikačním procesu, vytváří internetový informační komunikační systém odborně garantovaný MŠMT,
- spolupracuje s Výborem pro koordinaci primární prevence, Výborem krajských školských koordinátorů prevence, Úřadem vlády, Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Republikový výborem pro prevenci kriminality Ministerstva vnitra,
- spolupracuje s odbornou veřejností, jako je nestátní neziskový sektor, pedagogické fakulty, odborná pracoviště vysokých škol, Asociace krajských školských koordinátorů prevence, pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče apod., Národní pedagogický institut apod.,
- poskytuje metodickou podporu krajským školským koordinátorům prevence.

Krajský úřad:

- koordinuje činnosti jednotlivých institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy na krajské úrovni a zajišťuje naplňování úkolů a záměrů

obsažených ve Strategii prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy,

- pověřuje funkcí krajského školského koordinátora prevence,
- vytváří podmínky pro realizaci Minimálních preventivních programů ve školách svého regionu a věcně kontroluje jejich plnění,
- zabezpečuje systém vzdělávání pedagogických a dalších pracovníků školství na úrovni kraje, zaměřený na zvyšování jejich odborné způsobilosti pro činnost v oblasti prevence,
- zřizuje pedagogicko-psychologické poradny (PPP), zajišťuje financování metodiků prevence PPP.

Krajský školský koordinátor prevence:

- spolupracuje s krajským protidrogovým koordinátorem, manažerem prevence kriminality, koordinátorem pro romské záležitosti a s pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD),
- aktivně se účastní vytváření a zdokonalování krajské koncepce prevence nebo krajské strategie, prosazuje přitom naplňování úkolů a záměrů obsažených ve Strategii MŠMT a Akčním plánu realizace strategie prevence rizikového chování,
- monitoruje situaci ve školách v regionu z hlediska podmínek pro realizaci Minimálních preventivních programů a navazujících aktivit v oblasti prevence,
- metodicky vede a spolupracuje s metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách zřizovaných krajem, při koordinaci preventivních aktivit škol v rámci kraje a participuje na zajišťování pracovních porad (seminářů) pro školní metodiky prevence, spolupracuje a metodicky podporuje školská zařízení zřizovaná krajem,
- shromažďuje informace o realizaci Minimálních preventivních programů a dalších preventivních, kontrolních a represivních opatření v oblasti rizikového chování ve školách a školských zařízeních na území kraje, provádí kontrolu naplňování Minimálních preventivních programů.

Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně

- zajišťuje za PPP specifickou prevenci rizikového chování a realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti,

- zajišťuje koordinaci a metodickou podporu školních metodiků prevence, organizuje pro ně pravidelné pracovní porady (semináře) a poskytuje jim individuální odborné konzultace,
- na žádost školy a školského zařízení pomáhá ve spolupráci se školním metodikem prevence a dalšími pedagogickými pracovníky řešit aktuální problémy související s výskytem rizikového chování,
- udržuje pravidelný kontakt se všemi institucemi, organizacemi a subjekty, které se v kraji v prevenci angažují, spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence zejména při vypracovávání podkladů pro výroční zprávy či jiná hodnocení a při stanovování priorit v koncepci preventivní práce ve školství na úrovni kraje.

Ředitel školy a školského zařízení

- je přímo zodpovědný za prevenci a za řešení zjištěných projevů rizikových forem chování ve škole,
- zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole se zaměřením na primární prevenci rizikového chování, koordinaci tvorby, kontrolu vyhodnocování Minimálního preventivního programu školy;
- do školního řádu a vnitřního řádu školy zapracovává řešení aktuálních problémů souvisejících s výskytem rizikového chování ve škole
- jmenuje školního metodika prevence a zajistí jeho systematické další vzdělávání
- zajišťuje podporou týmové spolupráce školního metodika, výchovného poradce, školního psychologa/školního speciálního pedagoga, třídních učitelů a dalších pedagogických pracovníků školy při přípravě, realizaci a vyhodnocování Preventivního programu,
- spolupracuje s metodikem prevence v PPP, s krajským školským koordinátorem prevence, - monitoruje a vyhodnocuje realizaci Preventivního programu.

Třídní učitel

- spolupracuje se školním metodikem prevence při zachycování varovných signálů, podílí se na realizaci Preventivního programu a na pedagogické diagnostice vztahů ve třídě,

- motivuje k vytvoření vnitřních pravidel třídy, která jsou v souladu se školním řádem, a dbá na jejich důsledné dodržování (vytváření otevřené bezpečné atmosféry a pozitivního sociálního klimatu ve třídě); podporuje rozvoj pozitivních sociálních interakcí mezi žáky třídy,
- zprostředkovává komunikaci s ostatními členy pedagogického sboru a je garantem spolupráce školy se zákonnými zástupci nezletilých žáků třídy,
- získává a udržuje si přehled o osobnostních zvláštностech žáků třídy a o jejich rodinném zázemí.

Ke klíčovým postavám preventivního systému patří **školní metodik prevence**. Protože má skutečně zásadní roli, je mu věnována pozornost v samostatné subkapitole.

5.2.1 Úlohy a specifika působení školního metodika prevence v ČR

V roce 1996 došlo ve školách k zavedení funkce školního metodika protidrogové prevence a prevence sociálně patologických jevů.

Jak uvádí Kachlík (2011), školní metodik prevence je pedagogickým pracovníkem na základní nebo střední škole, který má stanovené standardní činnosti, jako jsou aktivity metodické, poradenské, koordinační, a informační. Viktorin (2018) uvádí, že školní metodik prevence se věnuje hlavně oblasti prevence rizikového chování, sleduje výskyt takového chování ve škole a poskytuje poradenskou a konzultační činnost v oblasti prevence, dále sleduje účinnost preventivních programů a participuje na jejich přípravě. Bartoňová a Pipeková (2010) píší, že školní metodik prevence se podílí na koordinaci aktivit v oblasti rizikového chování u žáků a vytváří strategii školy v oblasti prevence zneužívání návykových látek (Preventivní program školy), koordinují zavádění tohoto programu, podílí se na jeho realizaci a sledují jeho úspěšnost.

Kachlík (2011) hovoří o školním metodikovi jako o osobě, která vypracovává preventivní program školy ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Respektuje specifika regionu a školského zařízení, míru problému ve vztahu k drogám mezi dětmi a mládeží. Zpracovává řád školy, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení ke drogám legálním i nelegálním, následné kroky a opatření při jeho porušení. Rovněž spolupracuje s jinými institucemi, organizacemi a rodiči. Procházka (2019, s. 13) upozorňuje na to, že: „činnost metodika prevence je činností specializovanou, stojí nad činností vzdělávací a vedle ní. Prevence je spolu s výchovným poradenstvím nebo třídnictvím řazena mezi výchovné činnosti učitele. Litera zákona tedy

školám a všem učitelům ukládá povinnost vytvoření podmínek pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů“.

Jak zmiňují Kovářová, Janků a Hampl (2015), školní metodik prevence je také kumulovaná funkce učitel – školní metodik prevence (popřípadě vychovatel – školní metodik prevence), který využívá takových pracovních postupů a metod, kterými se snaží předcházet rizikovým jevům. Je odborně připraven v oblasti prevence.

Standardní činnosti školního metodika prevence (Slavíková a Zapletalová, 2015) jsou vymezeny v příloze č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2020, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, a v Koncepti poskytování poradenských služeb ve škole č. j. 27317/2004–24 uveřejněné ve Věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

Školní metodik prevence vykonává činnosti koordinační, metodické, informační a poradenské a o těchto činnostech vede písemnou dokumentaci. Standardní činnosti školního metodika prevence se obvykle dělí do tří oblastí, jedná se o tyto oblasti působnosti a jejich následné činnosti:

- metodické a koordinační činnosti,
- informační činnosti,
- poradenské činnosti.

Vykonávat funkci školního metodika prevence má možnost vždy pouze pedagogický pracovník. Pedagogickým pracovníkem podle § 2 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů je ten, kdo vykonává přímou pedagogickou činnost. Jedná se nejčastěji o učitele. Školní metodik prevence musí absolvovat specializační studium, které je dle vyhlášky č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, a to v rozsahu výuky minimálně 250 vyučovacích hodin. Toto studium je zakončené zkouškou a zároveň probíhá i obhajoba závěrečné práce. Zkouška se koná před komisí a po úspěšném konání tohoto absolutoria získává následně student osvědčení (Slavíková a Zapletalová, 2015).

Školní metodik prevence by měl vždy na začátku školního roku sestavit minimální preventivní program, mít správně ujasněný vnitřní řád školy, seznámit se školním poradenským pracovištěm všechny žáky školy, ale také zákonné zástupce a ostatní pedagogy a nepedagogické pracovníky školy. Na konci roku by měl školní metodik prevence vždy provést evaluaci minimálního preventivního programu a zaslat závěrečnou

zprávu metodikovi prevence v pedagogicko-psychologické poradně (Slavíková a Zapletalová, 2015).

Obsah oblastí, ve kterých školní metodik prevence působí, je velmi rozsáhlý a často není v jeho silách, aby pokryl prevenci všech témat stejně kvalitně, je proto důležité dobře znát prostředí školy a vhodně navrhnout minimální preventivní program školy šitý na míru. Velmi nutná je spolupráce školního metodika prevence a ostatních zaměstnanců školy, zejména pak s ostatními odborníky ze školního poradenského pracoviště. (Bartoňová & Pipeková, 2010; Kachlík, 2011; Procházka, 2019)

5.2.2 Preventivní program školy (PPŠ)

Základním nástrojem k uskutečňování školní prevence rizikového chování, by měl být tzv. preventivní program školy. Dříve se také používal termín minimální preventivní program. S novelou Vyhlášky č. 72/2005 Sb., v roce 2016, se začal používat pojem preventivní program školy. Mnohé dokumenty však na změnu názvu nereflektují a stále používají starší termín. PPŠ je definován v platném Metodickém doporučení č. j. 21291/2010-28, k PPRCH i v jeho předchůdci, Metodickém pokynu č. j. 20006/2007-51, k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Za tento konkrétní dokument a jeho realizaci též zodpovídá školní metodik prevence.

Na zpracování uvedeného dokumentu by se měli podílet i všichni pedagogičtí pracovníci školy. (Zde byl objeven malý nesoulad – Metodické doporučení č. j. 21291/2010-28, k PPRCH v Článku 2 stanovuje, že PPŠ je zpracováván školním metodikem prevence, v Článku 3 a dále ovšem shodně s publikací Primární prevence rizikového chování ve školství (kap. 5) uvádí, že se na tvorbě (a realizaci) PPŠ podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy a školní metodik prevence (ŠMP) tvorbu koordinuje a dohlíží na realizaci PPŠ. Tatáž publikace poskytuje přehledný soupis úkolů a rolí všech participujících stran na PPŠ., aby byl preventivní program efektivní, vyžaduje to spolupráci a odpovědnost pedagogických i nepedagogických pracovníků na všech úrovních (Prevence rizikového chování ve školství, 2010, kap. 5).

PPŠ je vytvářený vždy na jeden rok, podléhá kontrole České školní inspekce a jeho písemné vyhodnocení účinnosti realizace za školní rok je součástí roční zprávy o činnosti školy. Školní metodik prevence má na starost koordinaci příprav, realizaci programu a průběžné i závěrečnou evaluaci.

PPŠ má podle Manuálu k tvorbě minimálního preventivního programu obsahovat pět částí:

- charakteristiku školy – popis specifik a charakteristik školy, popis rizikových míst ve škole pro výskyt nebezpečných či rizikových situací ve všech smyslech, vnitřní a vnější zdroje školy, zmapování situace ohledně výskytu rizikového chování v jednotlivých třídách,
- analýzu výchozí situace – to je základ pro plánování cílů a následně konkrétních aktivit naplňujících obsahově PPŠ; v této části lze provést např. SWOT analýza cíle PPŠ – dlouhodobé by měly být stanoveny především v preventivní strategii školy. Zásadní částí PPŠ jsou cíle krátkodobé, které by na preventivní strategii školy měly navazovat a měly by být zcela konkrétní pro dané cílové skupiny,
- konkrétní opatření, resp. aktivity, které povedou k realizaci krátkodobých cílů – zásady účinného preventivního programu jsou uvedeny např. v Zásadách efektivní primární prevence (Nešpor, Csémy & Pernicová, 1999),
- evaluaci – PPŠ je vyhodnocován průběžně, na konci školního roku se pak zhodnotí kvalita a efektivita použitých strategií primární prevence. Do hodnocení by se měli zapojit především školní metodici prevence, třídní učitelé, a výchovní poradci s podporou vedení školy. ŠMP při vyhodnocování spolupracuje podle potřeby s metodikem z příslušné PPP (Miovský a kol., 2015).

Kromě Manuálu k tvorbě minimálního preventivního programu se může školní metodik prevence při tvorbě preventivního programu školy, řídit ještě dvěma publikacemi, jimiž jsou Primární prevence rizikového chování ve školství (Miovský et al.; 2010 a 2015), která je považována za základní a první ucelenou „učebnici“ primární prevence. (NÚV, 2020b) a obsahuje propracovaný návod, jak vytvořit PPŠ, konkrétní doporučení a přehled legislativních dokumentů i např. úkoly a role jednotlivých stran účastných na tvorbě a realizaci PPŠ, druhou publikací je Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování (Miovský, Skácelová, Šablová, 2012; uvádí mj., které z žákových klíčových kompetencí by měly být primární prevencí formovány).

6 Rozvoj kompetencí žáků a studentů v kontextu primární prevence

Škola má v primární prevenci užívání drog a dalších návykových látek významné místo, jak jsme ukázala v kapitolách 2.3, 3.4.4 a 5. Samotný pojem prevence znamená „předcházení“. Jde o to vybavit žáky a studenty takovými kompetencemi, které jim umožní odolávat negativním vnějším vlivům a aktivně jim čelit. Abychom mohli mluvit o pedagogizaci problematiky prevence, musíme jasně vymezit, které oblasti jsou pro prevenci klíčové. Slovním spojením pedagogická prevence chápeme stanovování preventivně výchovných cílů, vymezování standardů (klíčových kompetencí pro prevenci; prostředků, které nám pomohou ke standardu dojít a preventivních zásad), stanovení organizace a organizačních forem preventivního působení, hodnocení preventivních aktivit a práci s preventivně výchovnými metodami. V současnosti jsou vzdělávací kurikula založena na kompetencích, proto je tato práce výzkumně zaměřena na protidrogové kompetence žáků a studentů. Pojmem kompetence se proto zabývám také v teoretické části práce.

6.1 Vymezení pojmu kompetence ve vzdělávání

Termín kompetence byl do vzdělávání zaveden, aniž by byl lépe rozpracován v pedagogických, psychologických či dalších teoriích. Přesto přibližně již od 70. let 20. století je možné v psychologické literatuře pozorovat zvýšený zájem o konstrukty, které by umožňovaly bez přímé vazby na širší kontext empiricky zkoumat schopnost jedince obstát v náročných životních situacích (srov. McClelland, 1973). Následný vývoj ukazuje, že pro schopnost jedince zvládat náročné životní situace je klíčová role kontextu. Bandura (1990, s. 315) proto navrhl používat termín kompetence vždy, ovšem s ohledem na obsahovou specifičnost zkoumané oblasti.

První návrhy na měření kompetencí v kontextu vzdělávání vypracovala OECD (např. Peschar & Waslander, 1997), protože se kompetence staly centrálním konceptem mezinárodních srovnávacích výzkumů (např. PISA). Uvedené návrhy byly vytvořeny ad hoc, bez přímé návaznosti na pedagogickou nebo psychologickou teorii a vzbudily mezi odbornou veřejností v mnoha zemích bouřlivou diskusi. Např. v Německu bylo investováno mnoho sil do konceptualizace, modelování, operacionalizace a měření kompetencí, neboť odborníci na vzdělávání si nemohli dovolit ignorovat změny, kterými kurikulum prochází. Zjednodušeně lze konstatovat, že účelem výzkumné vlny, která byla nastartována, byla hlubší interpretace kompetencí a jejich povýšení na teoretickou

kategorii. Toho bylo dosaženo zasazením kompetencí do stávajících teoretických rámců, což jim umožnilo zpětně dodat z pohledu pedagogické teorie a praxe reálný a relevantní obsah. Weinert (1999 in Klieme et al., 2001, s. 182) rozlišil následující konceptualizace termínu kompetence:

- Kompetence jako obecná intelektuální schopnost ve smyslu dispozic, prostřednictvím nichž může určitá osoba zvládat náročné úlohy v odlišných situacích.
- Kompetence jako funkčně orientované k určitým situacím a požadavkům vztažené specifické výkonové dispozice, psychology označované jako dovednosti, znalosti, strategie, rutiny (návyky) nebo oborově specifické schopnosti.
- Kompetence jako motivační orientace, jež jsou předpokladem pro zvládání náročných úloh.
- Kompetence jako termín zahrnující tři výše uvedená vymezení kompetencí a vztahující se k požadavkům a úlohám vymezených určitým jednacím polem, např. povoláním.
- Kompetence jako znalosti, strategie, případně také motivační charakteristiky, které usnadňují rozvíjení a používání kompetencí v rozličných obsahových doménách.

Weinert následně doporučil přiklánět se ke druhé ze zmiňovaných konceptualizací, podobně jako tomu je dnes u řady jiných autorů.

Tento pojem i v české odborné literatuře již zakotvil a vryl se tak do povědomí široké veřejnosti. V anglickém jazyce má pojem kompetence dva ekvivalenty, a to je „competence“ a „competency“. Rozdíl je však zásadní. Zatímco „competence“ lze použít v kontextu podávání kompetentního výkonu a jde tedy o způsobilost, kompetenčnost a neformální kvalifikaci, termín „competency“ odkazuje na soubor lidských kvalit, jež je nutné mít k dosažení kompetentního výkonu. „Competency“ je tudíž souborem vědomostí, dovedností a návyků, postojů a hodnot, které kompetentní výkon umožní.

V Českém prostředí je termín „kompetence“ dle Průchy a Vetešky (2014, s. 156) v rámci vzdělávání upřednostňován před jakýmkoli dalšími pojmy, a to z důvodu kompatibility pojmů v mezinárodním prostředí a také proto, že jde o jediný pojem, který dokáže pokrýt vědomosti, dovednosti, schopnosti a dále také hodnoty a postoje, jejichž vhodná kombinace poté umožňuje kompetentní výkon.

6.1.1 Klíčové kompetence

Reforma české vzdělávací soustavy, tzv. Bílá kniha z roku 2001, zavedla v rámci národního kurikula všeobecné cíle vzdělávání a klíčové kompetence, které jsou orientovány na rozvoj osobnosti, výchovu k aktivnímu demokratickému občanství a též na přípravu vstupu jedince do pracovního života. Jsou kontextualizované a multidimenzionální a obsahují potenciál pro rozvoj. Kompetence lze tedy vnímat jako jedinečnou schopnost člověka jednat úspěšně a dále rozvíjet svůj potenciál, a to podle integrovaného souboru vlastních zdrojů (Mužík, 2008).

Průcha a Veteška (2014, s. 158–160) hovoří o tom, že současné pojetí školního vzdělávání v Česku je orientováno primárně na to, aby žáci základních a středních škol zvládli vytvořit klíčové kompetence. Jedná se o definované dovednosti a způsobilosti, nutné pro další vzdělávání a také pro plnohodnotné uplatnění jedince ve společnosti. Kompetence jsou definovány v rámci rámcových vzdělávacích programů (dále jen RVP). Tyto kompetence mají být dosahovány všemi žáky. „Rámcové vzdělávací programy tvoří obecně závazný rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů škol všech oborů vzdělání v předškolním, základním, základním uměleckém, jazykovém a středním vzdělávání. Do vzdělávání v České republice byly zavedeny zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.“ (Národní ústav pro vzdělávání, 2016).

RVP pro základní vzdělávání (MŠMT ČR, 2017) ve svém obsahu definuje klíčové kompetence jako soubor schopností, dovedností, vědomostí, postojů a hodnot, které jsou důležité z hlediska osobního rozvoje a uplatnění jedince ve společnosti. Výběr a pojetí těchto kompetencí se odvíjí od hodnot, které jsou všeobecně přijímány ve společnosti a dále vycházejí z obecně sdílených představ o tom, které kompetence mají zásadní vliv na vzdělávání jedince a také na jeho spokojený a úspěšný život. Smyslem a cílem vzdělávání je žáky vybavit souborem klíčových kompetencí, a to na úrovni, jež je pro ně dosažitelná a zároveň je připravit na další vzdělávání a uplatnění ve společnosti.

Je jasné, že osvojení si těchto kompetencí je dlouhodobým a velmi složitým procesem, který již začíná v předškolním vzdělávání, pokračuje dále v základním a středním vzdělávání a posléze se dotváří až během života. Je třeba zmínit, že úroveň klíčových kompetencí, které žák získává na konci základního vzdělávání, není možné považovat za ukončenou, avšak i přesto tyto kompetence tvoří základ pro celoživotní učení a vstup jedince do dalšího života. Je nutné si uvědomit, že specifické kompetence se nevyskytují izolovaně, ale navzájem se prolínají, jsou multifunkční, disponují

nadpředmětovou podobou a jde o výsledek celkového procesu vzdělávání. K jejich rozvoji tak musí přispívat celý vzdělávací obsah, všechny činnosti a aktivity, které v dané škole probíhají.

V rámci základního vzdělávání je možné za klíčové kompetence považovat následující (MŠMT ČR, 2017):

- kompetence k učení,
- kompetence k řešení problémů,
- komunikativní kompetence,
- kompetence sociální a personální,
- občanské kompetence,
- pracovní kompetence.

Co se týče klíčových kompetencí pro studenty středních škol (MŠMT ČR, 2010), na středních školách jsou dále rozvíjeny kompetence, které byly získány na základní škole. Studenti by si tak měli dále a hlouběji rozvíjet kompetence k učení, k řešení problémů, komunikativní kompetence, personální a sociální kompetence, občanské kompetence a kulturní povědomí, matematické kompetence a kompetence využívat prostředky informačních a komunikačních technologií a pracovat s informacemi. Více specificky pak také kompetence k pracovnímu uplatnění a podnikatelským aktivitám.

Uvedené vymezení klíčových kompetencí pro základní a střední vzdělávání je ještě nezbytné vnímat v souvislosti s klíčovou prioritou evropského vzdělávání posledních dekád, jíž je orientace na celoživotní učení (dříve celoživotní vzdělávání). V tomto rámci jsou klíčové kompetence chápány opravdu široce a inkluzivně. Podle Evropského referenčního rámce a Doporučení Rady EU z roku 2018 jde o „takové kompetence, které všichni potřebují ke svému osobnímu naplnění a rozvoji, zaměstnatelnosti, sociálnímu začlenění, udržitelnému způsobu života, úspěšnému životu v pokojných společnostech, zvládání životních nároků s vědomím významu zdraví a aktivnímu občanství. Jsou rozvíjeny v rámci perspektivy celoživotního učení, od raného dětství až po celý život v dospělém věku, a to prostřednictvím formálního, neformálního a informálního učení ve všech kontextech, včetně rodiny, školy, zaměstnání, blízkého okolí a jiných prostředí“ (Doporučení Rady 2018/C 189/01, s. 7).

Evropský referenční rámec, který je přílohou výše uvedeného Doporučení zahrnuje osm klíčových kompetencí: 1) kompetence v oblasti gramotnosti; 2) kompetence v oblasti mnohojazyčnosti; 3) matematická kompetence a kompetence v oblasti přírodních věd, technologií a inženýrství; 4) digitální kompetence; 5) personální a sociální kompetence a kompetence k učení; 6) kompetence občanská; 7) podnikatelská kompetence; 8) kompetence v oblasti kulturního povědomí a vyjadřování (Strategie 2030+). Jejich součástí jsou dovednosti kritického myšlení, řešení problémů, týmové práce, komunikační a vyjednávací dovednosti, analytické dovednosti, kreativita a interkulturní dovednosti (Doporučení Rady 2018/C 189/01, s. 7).

Klíčové kompetence pro celoživotní učení mají celistvý charakter, jsou chápány jako kombinace znalostí, dovedností a postojů, přičemž: znalosti se skládají z faktů, čísel, pojmů, myšlenek a teorií; dovednosti jsou definovány jako schopnost provádět postupy a využívat stávajících znalostí k dosažení výsledků; postoje popisují předpoklady a způsoby uvažování umožňující konat nebo reagovat na myšlenky, osoby či situace (Doporučení Rady 2018/C 189/01, s. 7).

6.2 Specifické kompetence ve vztahu k návykovým látkám a jejich formování

Pojem specifické kompetence se obvykle užívá ve vztahu k odborným kompetencím, které tvoří kvalifikační standard dílčí kvalifikace. Specifické kompetence ve vztahu k návykovým látkám nejsou explicitně vymezeny v žádném z koncepčních dokumentů. To však nemění nic na skutečnosti, že programy založené na kompetencích se začaly objevovat v oblasti prevence návykových látek již od 70. let minulého století jako alternativa k modelům založeným na deficitech. (Becoña, s. 164). Vzhledem k tomu, že pro účely výzkumné části této práce je nezbytné poučit se o tom, jaké kompetence programy rozvíjejí, je v této části představeno několik z nich.

6.2.1 Programy na rozvoj specifických protidrogových kompetencí

Severoamerický program prevence označovaný jako *Project STAR* jako nástroj prevence využívá rozšiřování povědomí žáků/studentů o drogách a zároveň budování odporu vůči jejich konzumaci; *Project STAR* je dle autorů komplexním, mnohostranným programem sestávajícím z rovin:

- prevence škol,
- rodičovského programu,

- komunitní organizace,
- zdravotní politiky,
- působení hromadných sdělovacích prostředků (Riggs a Pentz, 2009).

Uváděné roviny se v programu prolínají, což opětovně jasně ilustruje fakt, že vlivy působící/způsobující užívání drog u adolescentů jsou celospolečenské (takzvaná ekologická teorie). Je nutné je programově směřovat, má-li být preventivní působení v oblasti užívání návykových látek dospívajícími efektivní. Kompetence, na něž je u účastníků programu působeno (jsou skrze něj zohledňovány a rozvíjeny), jsou kompetencemi (Riggs a Pentz, 2009, s. 619):

- intrapersonálními,
- interpersonálními (sociálními),
- ekologickými (reagujícími v obecné rovině na prostředí, v němž se žáci/studenti běžně pohybují se všemi jeho faktory).

Project STAR je také programem, který je z hlediska současných požadavků na kvalitu založený na důkazech (takzvaný evidence-based) (srov. Riggs a Pentz, 2009, s. 620).

Z dalších výzkumů preventivních programů, které – minimálně částečně – cílí na tematiku užívání návykových látek, je pak možné zmínit taktéž například takzvaný *Gatehouse Project*. O zmíněném australském projektu je možné se dozvědět, že během čtyř let jeho působení a současného pozorování se prevalence výskytu zdravotního rizikového chování dospívajících (včetně užívání konopí) snížila přibližně o 25 % (Patton et al., 2006 in Hyshka, 2013, s. 115). Samotný projekt si klade za cíl posilování sítí utvářených mezi vrstevníky a pocitu začleňování (inkluze) do škol – specificky vychází z průzkumů hodnotících například (Patton, Bond, Butler, & Glover, 2003 in Hyshka, 2013, s. 115):

- pohledy studentů na svou vlastní osobní bezpečnost,
- komunikaci studentů s jejich učiteli,
- účast na životě školy,
- tendenci zaměstnanců škol zasazovat se o změnu školních politik či postupů.

Severoamerický preventivní program prezentovaný pod označením *Strengthening Families* se zaměřuje na posilování rodinných struktur a kvality rodiny jako takové, jelikož skrze tyto prostředky je možné následně snižovat výskyt užívání návykových látek u osob v raném věku (rané adolescenci). Školy podobné adolescenty s jejich rodinami do programu rekrutují – těmto osobám je díky tomu uděleno hodnocení (assessment) a též případně i následnou intervenci doslova „ušítou na míru“ jejich potřebám (Hyskhka, 2013, s. 115). Z konkrétních výsledků působení skrze program *Strengthening Families* bylo zjištěno, že v 37 % všech případů došlo u školáků k redukci počátku/zahájení užívání konopí (Hyskhka, 2013, s. 115).

Z dalších preventivních programů, které se zaměřují proti užívání drog a cílí na rozvoj specifických kompetencí, je nutné zmínit Program *Life skills training* (LSI). Jde o program založený na modelu životních dovedností, které lze chápat jako východisko formování specifických protidrogových kompetencí. Program učí studenty různým kognitivně-behaviorálním dovednostem, jež se vážou s adekvátním sebehodnocením a umožní jim snáze odmítnout nabídku drog. Dále se program snaží působit na normy zaměřující se proti užívání drog a o rozvoj dalších osobnostních a sociálních dovedností, jako například komunikačních dovedností, prosazování vlastních práv, postojů apod.

Program LSI má tři základní části:

- První se týká ovlivňování norem, znalostí a postojů vztahujících se k užívání návykových látek.
- Druhá učí dovednostem, které jsou potřebné ke zvládnutí sociálních vlivů propagujících užívání návykových látek. Tady jsou používány materiály vztahující se k odolávání tlaku médií propagujících kouření či užívání jiných návykových látek a tlaku vrstevnickému.
- Třetí podporuje rozvíjení sociálních dovedností a osobnostních sebe-řídících dovedností.

Program je ukotven v 15 lekcích a je zacílen na studenty 7. třídy (stupně) základní školy, dále program pokračuje v 8. stupni, kdy následuje 10 dalších sezení a v 9. stupni 5 sezení. Program je ve školách realizován učiteli. Učitelé jsou podle autorů nejlepšími poskytovateli intervence, a to především proto, že mají více zkušeností s výukou a různými výukovými metodami, a také zpravidla lepší manažerské dovednosti v řízení třídy. Svoji třídu také dobře znají. Před implementací programu musí být učitelé řádně proškoleni.

Používanými metodami práce se studenty jsou skupinová diskuze, modelování chování, nácvik chování, zpětná vazba k určitému chování, zpevnování osvojeného chování a také speciální domácí úkoly (Botvin et al. 2001; Botvin 2000; Botvin et al. 1990).

6.2.1.1 Program Unplugged

Větší pozornost ve vymezení kompetencí pro výzkumnou část věnuji programu Unplugged, z něhož jsem také čerpala inspiraci pro vymezení protidrogových kompetencí pro výzkum. Z hlediska publikačních aktivit týkajících se evaluace jeho pedagogických výsledků zaujímá v českém prostředí za uplynulé desetiletí tento program velmi výrazné místo.

Unplugged, jenž je školním programem pro prevenci užívání návykových látek, který je založen na komplexním přístupu sociálního vlivu. *Unplugged* je prvním celostním programem v Evropě, který je realizovaný také v České republice, u něhož byla hodnocena účinnost v řadě evropských zemí a je tedy dobrým příkladem teoreticky založeného a „evidence-based“ programu zaměřeného na prevenci užívání drog u mladých. Cílem programu je tedy opozdit iniciaci užívání drog nebo přechod od experimentálního k pravidelnému užívání.

Kurikulum se skládá z 12hodinových sezení konaných jednou za týden třídním učitelem. Ke zvýšení efektivnosti programu existují moduly se zahrnutím vrstevníků nebo rodičů do programu. Jedná se tedy o tři formáty programu: základní kurikulum, kurikulum s přidáním role vrstevníků či aktivit rodičů. Ve vrstevnickém programu jsou voleni představitelé třídy, kteří mají za úkol provést krátké setkání se svými spolužáky, aby mohli monitorovat jejich zkušenosti vztahující se k programu (Faggiano et al. 2008; Van der Kreeft et al., 2009; Jurystová et al., 2009; Mravčík et al., 2008).

Intervence Unplugged byla od počátku vyvíjena jako na důkazech založená metoda školské všeobecné specifické prevence s cílem zamezit nebo oddálit iniciaci užívání návykových látek, případně zpomalit nebo zastavit rozvoj užívání v počáteční fázi drogového experimentu (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016). Podrobnější popis metod a principů programu lze nalézt například v publikaci Charváta et al. (2015) nebo v článku van der Kreefta (2009). Program Unplugged byl vytvořen skupinou expertů ze sedmi evropských zemí v roce 2003 (Německo, Rakousko, Belgie, Itálie, Řecko, Španělsko a Švédsko). Adaptován byl tento program pro české školy v roce 2005 a dále upraven v roce 2008 (Gabrhelík, 2016).

Efektivita programu byla od počátku jeho implementace, ve všech sedmi zapojených zemích, prospektivně sledována v rámci experimentálního designu, v letech 2004–2008 to bylo v rámci dvou projektů European Drug Addiction Prevention (EUDAP I a II), které byly financované Evropskou komisí. Sledovaná intervence byla realizována ve školním roce 2004/2005 a autorům se podařilo v rámci pretestu ve 143 zapojených školách získat data od 7 079 žáků ve věku 12–14 let, z nichž bylo 3 532 v kontrolní skupině a 3 547 v experimentální skupině. (Faggiano et al., 2008).

Testování probíhalo v horizontu tří měsíců po skončení programu a prokázalo u experimentální skupiny dětí statisticky významný efekt v případě snížení poměru šancí na výskyt denního kouření ($OR = 0,70$) a jakýkoliv výskyt opilosti, nebo časté opilosti (tři a více epizod) v posledních 30 dnech ($OR = 0,72$, resp. $OR = 0,69$) (Faggiano, Galanti, et al., 2008). Přetrvávající pozitivní dopady byly zjištěny také v retestu po 18 měsících u výskytu opilosti ($OR = 0,80$, resp. $OR = 0,62$ pro častou), ale nebyly potvrzeny pro denní kouření (Faggiano et al., 2010). V horizontu 3 i 18 měsíců byly slibné také rozdíly mezi kontrolní a experimentální skupinou ve výskytu zkušeností s konopnými drogami, ale nedosahovaly statistické významnosti na 5 % hladině. Účast na programu byla také po 18 měsících od ukončení intervence spojena se sníženým rizikem výskytu problémů souvisejících s konzumací alkoholu (úraz, ztráta cenných věcí, hádka, rvačka, dopravní nehoda) v posledních 12 měsících ($OR = 0,78$), nicméně u dětí užívajících alkohol na začátku studie nebyl tento efekt statisticky významný (Caria et al., 2011a).

Pokud je o měření efektivity programu, na roli mediátorů krátkodobého efektu se zaměřili Giannotta et al. (2014), kteří zjistili, že ve srovnání s kontrolní skupinou účastníci programu vykazovali spíše negativní postoje k drogám, měli negativní přesvědčení o účincích marihuany, cigaret, alkoholu a spíše u svých vrstevníků neakceptovali kouření a užívání marihuany, zároveň toho více věděli o všech návykových látkách a dokázali účinněji odmítnout nabízené cigarety. Podle autorů mohou být za pozitivní efekt intervence zodpovědné zejména negativní postoje k drogám, získaná schopnost odolat sociálnímu tlaku a denormalizace užívání. Identifikované mediační účinky však byly relativně slabé a některé z nich byly těsně za hranicí statistické významnosti (Giannotta et al., 2014).

Česká republika se zapojila až do projektu European Drug Addiction Prevention (EUDAP II) a randomizovaná kontrolovaná studie efektivity proběhla v letech 2007–2010 (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016). Sledovaná intervence byla realizována ve školním roce 2007/2008 a pretestu se v 74 školách zúčastnilo 1 874 žáků 6. ročníků s průměrným věkem 11,8 roku, z nichž 1 022 patřilo do experimentální (40 škol) a 852 do kontrolní

skupiny (34 škol). Efekt byl sledován v celkem pěti následujících vlnách sběru dat až do konce 8. ročníku, tj. 24 měsíců po doručení preventivní intervence Unplugged. Finální testování bylo realizováno ve všech 74 zapojených školách a data pro analýzy byla k dispozici od 1 753 respondentů (914 v experimentální a 837 v kontrolní skupině) (Gabrhelik, Duncan, Miovisky, et al., 2012).

Efektivita intervence Unplugged v ČR se zdá být na základě této studie ještě vyšší než v sedmi primárně zapojených evropských zemích. U respondentů v experimentální skupině byl na konci osmého ročníku v porovnání s kontrolní skupinou poměr šancí na výskyt zkušeností s návykovým kouřením (OR = 0,62), těžkým kouřením (OR = 0,48), jakýmkoliv užitím konopí (OR = 0,57), častým užíváním konopí (OR = 0,57) a užitím jakékoliv ilegální drogy nebo léku bez předpisu (OR = 0,78). Autoři referují také zajímavé opoždění nástupu efektu intervence u více sledovaných behaviorálních projevů, např. rozdíl v denním a také v těžkém kouření – více než 20 cigaret denně, se mezi skupinami objevuje až po 15 měsících od realizace programu a přetrvává až do konce sledování, u dalších proměnných se účinek dostavuje až po 24 měsících.

Na českém souboru byl dále sledován efekt intervence pro subpopulace definované na základě individuální míry rizika užití marihuany v posledním roce ve vztahu k vybraným rizikovým či protektivním faktorům. Mioviskému et al. (2015) se podařilo prokázat univerzalitu intervence Unplugged, protože byla efektivní pro všechny tři klasifikované úrovně rizika užití marihuany, což znamená, že v tomto ohledu z ní tedy profitují všechny děti, které jí prošly a zároveň se celková úroveň individuální míry rizika užívání konopných drog jeví jako významnější prediktor účinnosti intervence než složení jednotlivých rizikových faktorů v rámci individuálního rizikového profilu (Mioviský, Voňková, Gabrhelik et al., 2015). Průměry individuálních odhadů pravděpodobnosti užití konopných drog v posledním roce u dětí s nízkým rizikem byly 6,53 % v kontrolní skupině a v intervenční skupině 4,30 %, ve skupině se středním rizikem 10,91 % a 15,34 %, a konečně pro děti z vysoce rizikové skupiny 32,61 % a 25,51 %. Tři nejvýznamnější proměnné, které od sebe odlišovaly vysoce a nízko rizikové děti, byly školní prospěch, myšlenky na sebepoškozování a porušování pravidel (Mioviský, Voňková, Čablová, et al., 2015).

6.2.1.2 Vymezení specifických protidrogových kompetencí pro výzkum

Vzhledem k tomu, že program Unplugged je založen na kompetencích a vykazuje dobrou efektivitu, zvolila jsem pro svůj výzkum následující specifické kompetence, které

budou zkoumány v rámci dotazníkového šetření mezi zapojenými žáky a studenty. Jednalo se o kompetenci znalostní, konkrétně o specifické znalosti týkající se vlivu marihuany a ostatních konopných látek na zdraví a rozvoj závislostí. Dále se jednalo o kompetenci resistance vůči nabídce, kterou lze chápat jako odhodlání jedince volit takové specifické komunikačně-interakční strategie, které povedou k chování odmítajícímu nabídku marihuany a jiných konopných látek. K poslednímu okruhu patří hodnotově postojoyé kompetence, které zahrnují normativní postoje týkající se nebezpečnosti marihuany a jiných konopných látek vůči jedinci a společnosti.

6.2.1.3 Specifické znalosti – znalostní protidrogová kompetence

První specifickou kompetencí pro vymezení mého výzkumu, jsou znalosti. Úroveň znalostí a informovanosti o rizicích spojených s užíváním návykových látek je dnes považována za standardní součást každého komplexně pojatého preventivního programu (MŠMT, 2005). Samotná míra znalostí nám nezaručuje odpovídající promítnutí do postojů a následného jednání, je však jeho prvním předpokladem. Při komponování jakéhokoli programu je proto zajištění kvalitních a pro cílovou skupinu adekvátních informací považováno za jeden ze základních požadavků (van der Stel & Voordewind, 1998).

Oxfordský slovník angličtiny znalost (knowledge) definuje jako „skutečnost, že někomu je známa nějaká věc, stav atd. nebo osoba“. Praktickou znalost (know-how) označuje jako „znalost, jak něco konkrétního vykonat“. Další prameny, které se věnují danému tématu, často hovoří o „know-what“, které označuje faktografické poznatky či informace, a „know-how“, které nazývá funkčními znalostmi nebo dovednostmi.

V literatuře o společnostech založených právě na znalostech se objevuje často téma třídění poznatků na „kodifikované“ a „vnitřní nevyslovené“. Kodifikované poznatky se dají vyjadřovat jazykovými prostředky nebo symboly a jako takové se mohou uchovávat nebo sdělovat. Tyto poznatky totiž můžeme oddělit od jejich nositele, uchovat a dále sdílet s dalšími lidmi nebo organizacemi. Obvykle jsou označovány jako informace. Rychlý rozmach informačních a též komunikačních technologií umožnil okamžitou dostupnost a přenášení kodifikovaných znalostí. Naproti tomu „vnitřní“ poznání je spojeno s jeho nositelem a nedá se snadno předávat. Je to právě osobní suma poznatků, která jedinci umožňuje vybírat, interpretovat a rozvíjet kodifikované znalosti a smysluplně je využívat. Pouze tehdy, pokud si nositelé znalostí své „vnitřní“ poznání uvědomují a jsou ochotni se o ně podělit, stane se i ono explicitním. V kontextu vzdělávání jsou těmito kodifikovanými či

explicitními znalostmi z velké části poznatky z jednotlivých disciplín, zatímco vnitřní poznání je zakotveno převážně v osobních a sociálních kompetencích studujícího. Ve výzkumu se zaměřuji na znalosti explicitní, nekodifikované znalosti budou dle mého názoru vstupovat do ostatních okruhů kompetencí. Z těchto explicitních znalostí se zaměřím na znalosti týkající se vlivu marihuany a ostatních konopných látek na zdraví, rozvoj závislostí, způsoby užívání látky a také na znalosti z oblasti povědomí právního.

6.2.1.4 Kompetence resistance vůči nabídce – specifické strategie jednání

Dalším sledovaným okruhem kompetencí jsou strategie jednání. Fishbein (2008) říká, že chování je záměrné a odpovídá hodnotám jedince a subjektivně vnímaným sociálním normám v jeho okolí. Vzhledem k tomu, že jednání v oblasti drog nese rizika, je poslední specifickou kompetencí stanovenou pro výzkum odhodlání jedince volit takové specifické komunikačně-interakční strategie, které povedou k chování odmítajícímu nabídku marihuany a dalších konopných látek. Jde tedy o strategie jednání, které posilují resistenci vůči nabídce drog. V odborné literatuře nejsou kompetence resistance vůči nabídce ani strategie jednání explicitně vymezeny. Obecně se ale dá říci, že odolávání nabídce návykových látek je spojeno s asertivním jednáním určitého jedince.

Slovo asertivita vzniklo z latinského *assere*, tedy osobovat si něco, tvrdit, ujišťovat, zdůrazňovat. Vstup tohoto pojmu do světa běžné mluvy má na svědomí Američan Andrew Salter, který se právě asertivitou koncem 40. let minulého století zabýval ve své knize s názvem „Když řeknu ne, cítím se provinile“. Obrovský zájem o tuto problematiku se pak strhl v USA v 70. letech 20. století, kdy se objevují nejrůznější programy a kurzy prohlubující schopnost jednat s lidmi. Do našich zemí se pojem asertivita a zájem o tuto oblast mezilidské komunikace dostal počátkem 90. let 20. století (Paulík, 2005).

Ačkoli už je tomu přes dvacet let, co se téma asertivity vyskytlo i u nás, nelze říci, že by tu zcela zdomácnělo. Lidé spíše nejednají podle zásad asertivního jednání a pravděpodobně jim asertivita není zcela vlastní. Ovšem v lidské komunikaci je někdy velice obtížné rozlišit, zda je jednání určitého jedince asertivní nebo agresivní, pasivní či dokonce manipulativní. Původní definice asertivity zahrnovaly především fakt hájení vlastních práv. Dnes je asertivita vnímána spíše jako sociální dovednost, která je spojena s jistým sociálním výkonem v odlišných typech sociálních událostí (Vagos & Pereira, 2010).

Asertivita je zvláště potřebná v období pubescence a adolescence, kdy musí jedinec čelit vzrůstajícímu počtu sociálních požadavků dospělých a vrstevníků (Vagos & Pereira,

2010). V oblasti prevence spadá asertivita spolu se schopností vytvářet a udržovat vztahy, empatii, komunikací, nacházením kompromisu, nepodléháním sociálnímu tlaku do oblasti sociálních dovedností. Ze specifických konceptů používaných v preventivní vědě bychom na této individuální úrovni mohli uplatnit zejména teorii dovedností pro život, což jsou schopnosti, které usnadňují adaptivní chování jedince a pomáhají ve zvládání každodenních problémů (Čablová, 2015). Ve výzkumu bude sledováno odhodlání jedince volit takové specifické komunikačně-interakční strategie, které povedou k chování odmítajícímu nabídku drogy.

6.2.1.5 Hodnotově postojevé kompetence

Poslední okruh kompetencí má hodnotově postojevý charakter. Hodnoty jsou to, čeho si jednotlivci nebo skupiny váží, cení, jsou ochotni za ně něco obětovat. Jako metaforu je zavedl do filosofie německý myslitel Rudolf Hermann Lotze v polovině 19. století, aby naopak vyjádřil, čím se naše hodnocení řídí nebo orientuje. Na rozdíl od absolutně chápaných pojmů dobra a zla nebo ctnosti a neřesti počítá pojem hodnota s tím, že i naše hodnocení bývají odstupňovaná a často vycházejí z porovnávání (Špinarová, 2018, 177–179).

Poměrně dlouhou dobu se hodnoty a hodnotové orientace považovaly za neuchopitelné a složitě měřitelné pro vědecké zkoumání. Jako první začali zkoumat hodnoty sociologové, kteří je vnímali jako stavební kameny různých společností. Hodnoty a jejich význam stále častěji zajímají obory, jako jsou pedagogika či psychologie, a to hlavně v souvislosti s jejich motivační funkcí pro osobnost člověka. Hodnotové orientace ovlivňují lidské jednání, rozhodování, postoje i volbu životních cílů a můžeme je definovat skrze jejich funkci. Vyjadřují smysl jednání a v něm zahrnutý cíl. Hodnotové preference se uskutečňují skrze volbu možných cílů a prostředků vedoucích k jejich dosažení. Hodnotová orientace může být i souhrnem názorů a postojů k různým kvalitám skutečnosti, které pro nás představují určité hodnoty. Pro účely této práce bych hodnotu definovala jako vše, co člověk považuje pro sebe za vzácné, důležité a hodné k usilování. Alternativu nebo doplnění může poskytnout definice hodnot jako „systému získaných dispozic člověka jednat nebo směřovat k cíli v souladu se žádoucností, kterou určují podmínky existence“ (Cakirpaloglu, 2004, s. 384).

Třídění hodnot je stejně rozsáhlé, jako mnohé teorie o hodnotách. Autoři hodnoty třídí podle logiky jejich vlastní teorie. Přirozeně základním dělením může být rozlišení na

hodnoty odvozené od našich tělesných potřeb, hodnoty odvozené od potřeb kulturně a sociálně podmíněných a hodnoty, jež mají svůj původ ve výzvách, nárocích a požadavcích druhých. Důležité se pro každého člověka stávají ty hodnoty, které směřují k sebeaktualizaci a vedou k prožívání naplněného života.

Jedno ze základních dělení, které bych ráda zmínila, představuje Milton Rocheach, který dělí hodnoty na instrumentální a terminální (Rabušic, 2001). Způsob chování či instrumentální hodnota napomáhá zvolenému stavu existence nebo k dosažení cílové terminální hodnoty. Instrumentální hodnoty se vztahují spíše na morálku a vhodnost. Terminální hodnoty určují aktuální nebo vzdálené cíle. Je otázkou, jestli pro uživatele návykových látek může být terminální hodnotou jejich současný závislý stav a instrumentální hodnotou jejich různé, v řadě případů protispolečenské chování.

Existují pohledy, které tvrdí že: „Užívání návykových látek je součástí naprosto jiného hodnotového systému, který v sobě nezahrnuje žádný negativní postoj vůči společnosti“ (Palm, 2011, s. 101). S tímto pohledem bych si dovolila nesouhlasit. Ze svých zkušeností bych si netroufla tvrdit, že uživatelé drog jako skupina mají nějaký svůj vlastní hodnotový systém, který by byl nezávislý na společnosti, ve které žijí. Spíše bych řekla, že jejich hodnotový systém je nestabilní, proměnlivý a nejistý. V některých případech se jejich vztek a také rezignace promítá do vzývání různých protispolečenských hodnot, kterými se snaží vyprovokovat alespoň nějakou reakci okolí. Hledisko, které se na hodnoty dívá z úhlu pohledu zdroje jejich vzniku, rozeznává hodnoty individuální a institucionální. Individuální hodnoty jsou kategorie ryze subjektivní a institucionální hodnoty představují obecné normy a závazná pravidla chování pro všechny členy skupiny. U závislých jedinců může docházet ke konfliktu s institucionálními hodnotami, které se rozhodli z řady svých vlastních důvodů neakceptovat.

Hodnotové orientace mají vliv na postoje (a naopak) a z hlediska kompetencí je od sebe lze jen obtížně oddělovat. V odborné literatuře můžeme najít řadu výkladů pojmu postoj. Hayesová (2013, s. 95) ve své ikonické definici říká, že postoj je pozitivní či negativní hodnocení a reakce jedince vůči nějakému aspektu světa. Nakonečný upozorňuje na to, že postoje jsou naučené, jsou „produktem učení a mohou se za určitých podmínek měnit, neboť vše naučené je podmíněné, a tedy relativně trvalé, i když určité zkušenosti mohou vést k trvalým důsledkům. Významné postoje jsou tedy stabilizované a v běžném životě se obvykle nemění; a pokud se mění, pak vlivem výrazné korektivní zkušenosti“ (Nakonečný, 2009, s. 252). Tato definice v sobě nese pozitivní prvek pro práci v preventivních programech. Postoje lze měnit a ovlivňovat za určitých podmínek.

Postoje v sobě obsahují hodnocení, jsou tedy aktivním vztahem jedince k hodnotě a k okolnímu světu. Člověk se vztahuje k situacím, lidem a ke všemu, co má pro něj osobní význam, který může být negativní, pozitivní nebo ambivalentní. Postoj v sobě obsahuje složku chování a také jej lze definovat jako určitou připravenost k činu, jako jistý pohled či názor, ke kterému jedinec dochází na základě svých životních zkušeností a také následkem řady vlivů převážně sociálního charakteru. Významnou složkou postojů je jejich afektivní část, pomocí které člověk vyjadřuje, co cítí k objektu svého postoje. Jako velmi podstatnou funkcí postojů vnímám jejich schopnost uspokojovat potřeby jedince. Čím více potřeb uspokojuje, tím větší sílu má.

Perkins & Berkowitz, (1986) hovoří o Teorii sociálních norem, která předpokládá, že chování je ovlivněno spíše subjektivně vnímanou normou než reálným chováním ostatních, a tento potenciální normativní klam způsobuje, že rizikové chování bývá přeceňováno, zatímco zdravé chování podhodnocováno. Podle této teorie se lze domnívat, že poskytnutí pravdivých informací o normách a chování vrstevníků snižuje normativní klam a posílí zdraví podporující postoje a přesvědčení. Hodnotově postojové kompetence v realizovaném disertačním výzkumu jsou tedy spojeny s normativním postojem týkajícím se nebezpečnosti marihuany a jiných konopných látek vůči jedinci a společnosti.

7 Závěr teoretické části

Na základě analýzy relevantních témat důležitých pro výzkumnou část práce lze říci, že jsme dospěli k řadě poznatků. V oblasti prevence užívání drog roste význam vědecky podložených preventivních programů při zohlednění specifických potřeb jednotlivých cílových skupin. Důležitý je dobrovolný a nediskriminační přístup ke službám odborného poradenství, psychosociální a behaviorální terapii i k substituční léčbě snižující zdravotní důsledky rizikového užívání drog. Tyto služby mají využívat multidisciplinární přístup, mají být vzájemně koordinovány napříč působnostmi jednotlivých resortů. Intervence má být dlouhodobá, v případě potřeby včasná a efektivní. U dětí a mladých lidí má využívat potenciál prostředí, ve kterém se přirozeně pohybují, v oblasti všeobecné prevence má zvyšovat psychickou a zdravotní odolnost, zdravotní gramotnost, formovat životní dovednosti a svými nabídkami vytvářet podmínky pro utváření a volbu zdravého životního stylu.

Programy by měly vést k tomu, aby mladí lidé osvojili schopnost odmítnout drogu, odolat vlivům „prodrogového“ okolí, také by měly napravovat mylné představy o tom, že užívání drog je normativní (Botvin, Griffin, 2007). Zaměřovat by se měly nejen na zvyšování znalostí a povědomí o účincích zneužívání drog, ale také na změnu hodnot, postojů a přesvědčení, o nichž se předpokládá, že v konečném důsledku ovlivňují chování, a také na budování sociálních a osobních dovedností (Maithya, 2009). Za nejúčinnější lze považovat programy primární prevence dlouhodobého komplexního charakteru obsahující informace o drogách společně s rozvojem schopnosti odmítnutí užití návykové látky, schopnosti sebeovládání a také i s tréninkem sociálních dovedností u žáka (Lemstra et al., 2010). Programy sociálního vlivu a komplexní programy fungují tedy coby nejúspěšnější při snižování užívání návykových látek (Tobler & Stratton 1997 in Lemstra et al., 2010, s. 93).

Škola, která je místem institucionální socializace, dítě v ní získává řadu dalších zkušeností s širším světem mimo svoji vlastní primární rodinu. V dnešním informačním světě je škola již nahraditelná ve své vzdělávací funkci, ale její socializační funkce naopak nesmírně vzrostla (Kopřiva, 2006, s. 286). Školy jsou také považovány za nejdůležitější zařízení zajišťující prevenci (Burkhart, 2002; Botvin, Griffin, 2007; Maes a Lievens, 2003; Botvin, 2000). Programy poskytované ve škole by měly interaktivní, protože tradičně pojatá školní prevence vede pouze krátkodobému zpoždění v počátku nástupu zneužívání návykových látek a ke krátkodobému snížení jejich spotřebovaného množství (Stewart-

Brown, 2006 in Lemstra et al., 2010), obecně pak není tak účinná (Butters, 2004). Přestože kvalita a dostupnost programů školské primární prevence roste, jsou realizovány i preventivní programy s nejasnou efektivitou (NSZ 2019–2027). Na místě je požadavek, aby každý primárně preventivní program byl systematicky evaluován (EMCDDA, 2019). Obecně lze říci, že by programy měly být dostupné, vhodně zacílené, bezpečné, účinné a v neposlední řadě také finančně nezatěžující veřejné rozpočty (Miovský & Šťastná, 2015).

Pokud jde o pojem kompetence, klíčové kompetence či specifické kompetence, celková šíře vymezení a způsob jejich využití tvoří velké pole pro různorodost představ o jejich náplni. Jde zároveň o pojem, který je ústředním konceptem současného vzdělávání. V oblasti prevence, zejména pak specifické primární prevence, má svoje místo a je užíván i jako operacionální báze pro měření efektivity programů. Problematickou oblastí se však jeví to, že specifické kompetence ve vztahu k návykovým látkám nejsou explicitně vymezeny v žádném z koncepčních dokumentů. Proto byly pro potřeby výzkumu vytvořeny s oporou o analyzované výzkumné studie a úspěšně realizované preventivní programy.

EMPIRICKÁ ČÁST

8 Výzkum efektivity programu primární protidrogové prevence zaměřeného na marihuanu a jiné konopné látky

V této části práce je představen výzkum zaměřený na ověření efektivity programu primární prevence závislosti na marihuaně a dalších konopných drogách, který je realizován již řadu let v českých základních a středních školách.

8.1 Charakteristika výzkumného problému a položení výzkumné otázky

Podle Evropského průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému (EMCDDA, 2020, s. 47) je konopí celosvětově nejužívanější nelegální drogou. Podle odhadů užilo za poslední rok konopí 10 milionů mladých lidí ve věku od 15 do 24 let (17,7 % lidí v této věkové skupině). Věk prvního užití konopí je nižší než u většiny dalších nelegálních drog, užívání má často experimentální povahu, ale obvykle k němu dochází pouze krátce v období rané dospělosti. U části uživatelů však dojde k rozvoji trvalejších a problematičtějších vzorců spojených s nadužíváním konopných drog (EMCDDA, 2020, s. 47). K problémům patří (tamtéž, s. 47) somatické potíže (např. chronické respirační symptomy), potíže v oblasti duševního zdraví (např. závislost a psychotické symptomy) a sociální a ekonomické problémy plynoucí ze špatných studijních výsledků, předčasného odchodu ze školy, zhoršených výkonů v zaměstnání nebo problémů se zákonem. Tato rizika se ještě zvyšují při užívání vysoce potentních konopných produktů s velkou koncentrací psychoaktivní složky tetrahydrokanabinolu (THC). Vyvstává nejen potřeba celostněji pojatých politik, ale také cílených preventivních intervencí a výzkumů, které by je fakticky ověřily.

Preventivní programy pro dospívající mají často za cíl omezit nebo oddálit užívání konopí současně s pitím alkoholu a kouřením cigaret. Ukazuje se, že k nižší míře užívání konopí velmi přispívají také kvalitně koncipované školní preventivní programy. Tyto programy mohou (ale také nemusejí) vycházet ze standardizované metodiky a obvykle sledují více kompetenčně formulovaných cílů: rozvoj sociálních kompetencí a dovedností odmítání, zlepšení rozhodování a dovedností zvládání zátěžových situací (coping), zvyšování povědomí o vlivu sociálního prostředí na užívání drog, korekci falešných normativních přesvědčení o míře užívání drog mezi vrstevníky a poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog. V současnosti je snaha, jak vyplynulo z analýzy

provedené v teoretické části práce, aby programy byly založené na vědeckých důkazech a průběžně evaluovány tak, aby to zaručilo a případně zvýšilo jejich efektivitu. V tomto smyslu zaměření výzkumu určuje následující otázka: **Jsou programy realizované ve školách jako součást specifické primární prevence natolik efektivní, aby u žáků a studentů jako účastníků programu došlo k rozvinutí specifických protidrogových kompetencí?**

8.2 Design výzkumu

Pro účely výzkumu, který ověřuje efektivitu preventivního programu poskytovaného v ČR, byla jako výzkumná strategie přijata práce s ad hoc vytvořeným sekvenčním smíšeným designem. Smíšený výzkumný design je metodologický přístup, který kombinuje kvalitativní a kvantitativní data v rámci jedné studie a tyto kombinace můžou mít řadu konkrétních podob. Pro výzkum se používají různé názvy jako například integrovaný výzkum či kombinovaný výzkum. Cílem smíšeného designu je porozumět danému jevu lépe, než při využití pouze kvalitativního či kvantitativního výzkumu (Vlčková, 2011).

Použité metody pro smíšený design byly následující:

- dotazníkové šetření ověřující a porovnávající tři oblasti specifických protidrogových kompetencí u žáků a studentů základních škol, gymnázií a víceletých gymnázií (kvantitativní fáze výzkumu),
- polostrukturované rozhovory u pedagogických pracovníků (kvalitativní část šetření),
- expertní šetření u pracovníků působících v rámci poskytovaného programu jako lektori primární protidrogové prevence (kvalitativní část šetření).

Volbou více metod zohledňuje design požadavek metodologické triangulace technik kvalitativního a kvantitativního výzkumu. V současnosti je triangulace výzkumných metod mnohými odborníky doporučována, ne-li přímo vyžadována. Podle Hendla (2016) například umožňuje komplementárně objevovat překrývající se i rozdílné aspekty fenoménu získaného různými metodami. V oblasti výzkumných metod je využívána nejen pro vzájemnou validizaci výsledků, ale současně i ke zlepšení reliability jedné metody a pro doplnění či obohacení výsledků s cílem maximalizovat validitu získaných dat (Skutil a kol., 2011). Těž vycházím z myšlenky, že ač kvantitativní a kvalitativní přístupy vycházejí

z jiných epistemologických předpokladů, získané závěry mezi sebou nesoupeří, nýbrž vytvářejí hloubkovou teorii potvrzenou na širokém vzorku (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Pokud jde o sekvenční povahu výzkumu, plán empirického šetření byl rozvržen do tří na sebe navazujících fází. První fází výzkumu byla příprava, sběr dat a následné zpracování dotazníkového šetření. Je také hlavním těžištěm empirické části. Po skončení analýzy a interpretace dat dotazníkového šetření se jevílo jako vhodné s výsledky dále pracovat a rozšířit výzkumné šetření o další pohledy ze strany pedagogických pracovníků a lektorů. Druhá fáze výzkumu se tedy týkala kvalitativního šetření u pedagogických pracovníků na základě semistrukturovaných rozhovorů, kteří byli jako pedagogové přítomni na programu primární prevence zaměřeného na marihuanu a jiné konopné látky. Smyslem bylo získání zpětné vazby na to, jaké specifické kompetence žáků a studentů se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře a na zhodnocení efektivity programu (jeho silných a slabých stránek).

Následovala třetí fáze výzkumu, která se týkala expertního kvalitativního šetření u pracovníků působících jako lektori primární protidrogové prevence. Zde jsem se chtěla dozvědět zpětnou vazbu od lektorů, kteří přímo tento program primární prevence zaměřený na THC a jiné konopné látky lektorují a zjistit jejich úhel pohledu na efektivitu tohoto programu. V semistrukturovaných rozhovorech provedených s oběma skupinami bylo tedy cíleně směřováno k celkovému zvýšení validity výsledků získaných v kvantitativní fázi výzkumu. Bližší popis jednotlivých výzkumných kroků je podán v příslušných částech disertace.

8.2.1 Cíl výzkumu a dílčí cíle výzkumných fází

Na základě šířeji položené výzkumné otázky byl formulován hlavní cíl výzkumu.

Hlavním cílem výzkumu (HCV) bylo zjistit, zda program primární protidrogové prevence poskytovaný ve školách efektivně přispívá k rozvoji specifických kompetencí žáků a studentů ZŠ a gymnázií. Na základě zjištění navrhnout doporučení na zlepšení efektivity programu.

Vzhledem k sekvenčnímu designu a triangulaci výzkumných metod byly na základě hlavního cíle formulovány dílčí cíle (DC) jednotlivých výzkumných fází. Jejich představení nabízí následující přehled.

Cíle první fáze výzkumu:

- **DC1:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostní kompetence u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny.
- **DC2:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v kompetenci rezistence vůči nabídce.
- **DC3:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v hodnotově postojoyé kompetenci.
- **DC4:** Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v rámci dosavadních zkušeností s THC.

Cíle druhé fáze výzkumu:

- **DC5:** Zjistit, jak pedagogičtí pracovníci hodnotí efektivitu programu primární prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky – silné a slabé stránky programu.
- **DC6:** Zjistit, jaké specifické kompetence se dle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře.
- **DC7:** Zjistit, zda byl podle pedagogických pracovníků program přiměřený pro věkovou skupinu.

Cíl třetí fáze výzkumu:

- **DC8:** Zjistit silné a slabé stránky programu od lektorů, kteří přímo tento program primární prevence zaměřený na THC a jiné konopné látky lektorují.

Analogicky k cílům byly vytvořeny výzkumné otázky, jejichž zodpovězení může přispět k evaluaci vybraného preventivního programu. Otázky jsou uvedeny v rámci popisu metodologie jednotlivých fází výzkumu.

8.2.2 Příprava a celkový průběh tří fází výzkumu

Aby bylo možno výzkumné šetření realizovat, bylo nutné zorientovat se v tom, jak programy primární prevence užívání THC a konopných látek probíhají. V rámci přípravy na dotazníkové šetření jsem zahájila zúčastněné pozorování, jehož smyslem bylo získat zkušenost s tím, jak se program odehrává. Pozorování trvalo od dubna 2021 do září 2021. Byla jsem přítomna na programech, vždy na dvě vyučovací hodiny neboli po celou dobu,

co program v konkrétní třídě probíhal. Vzhledem k tomu, že jsem do programu nezasahovala, byla jsem nezávislým pozorovatelem, aniž bych jakkoliv narušovala běžný chod třídy, což je v souladu s tím, co popisují Švaříček a Šed'ová (2007), že zúčastněné pozorování probíhá v prostředí, kde se odehrávají studované jevy, zároveň ale také uvádějí, že výzkumník, ačkoliv se dostává do kontaktu s pozorovanými, do celého procesu nijak nezasahuje. Během pozorování jsem si dělala zápisky, z nichž jsem čerpala detaily pro popis programu a charakteristiku vzorku. Pozorování jsem ukončila na konci září 2021.

Dalším krokem bylo dotazníkové šetření u skupiny účastníků a kontrolní skupiny. První dotazníkové šetření jsem začala realizovat se skupinou účastníků. Dotazování probíhalo po absolvování programu od října 2021. V průběhu tohoto dotazování jsem oslovovala i další školy v Praze, kde programy primární protidrogové prevence zaměřené na THC neproběhly, a jejich žáci a studenti tedy mohli připadat v úvahu pro výběr kontrolní skupiny. Dotazování obou skupin jsem ukončila v únoru 2022. Celkem se mi povedlo získat 210 dotazníků od žáků a studentů, kteří programem prošli, a 208 od těch, kteří se ho neúčastnili. Žákům, kteří spadají do skupiny účastníků, jsem vždy dotazník rozdávala ve třídě, vysvětlila téma a ujistila je o anonymitě a poprosila jsem je o vyplnění dotazníku. Všichni žáci souhlasili a ochotně mi dotazník vyplnili. Žáci, kteří spadají do kontrolní skupiny, obdrželi dotazník online či osobně. Záleželo na tom, zda bylo možné v situaci pandemie covid-19 do třídy vstoupit či nikoli.

Dalším krokem byly polostrukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky. První rozhovor jsem začala zcela záměrně s paní učitelkou, která zároveň působí na škole i jako metodik prevence. Dostala jsem tak na začátek poměrně velké množství informací, které jsem pak mohla využít. Rozhovory jsem dále prováděla s dalšími třemi vyučujícími a metodiky prevence, kteří byli přítomni na programech po celou dobu. Po celou dobu píši záměrně proto, že dost častým jevem je, že se pedagogové na programu střídají a jsou přítomni pouze na určitou část programu, zde by pak nebylo efektivní s nimi vést rozhovor. Všechny rozhovory proběhly v prostorách školy (obvykle ve třídách) a v pracovní době pedagogů. Vždy jsem se s nimi domluvila na rozhovoru předem po e-mailu a sešla jsem se s nimi ráno před vyučováním, o jejich volné hodině.

Rozhovor jsem začínala tím, že jsem krátce představila téma mé práce, ujistila jsem respondenty o anonymitě a požádala o souhlas s nahráním rozhovoru. S nahráváním souhlasili všichni. Ačkoliv se mi s učiteli a metodiky spolupracovalo dobře, některé rozhovory jsou poměrně krátké, protože paní učitelky a metodičky nevěděly, jak odpovídat, nebo odpovídaly velmi stručně a obecně.

Jako poslední jsem provedla expertní šetření s lektory. Zde jsem oslovila lektory, kteří mnou sledovaný program zaměřený na THC lektorují, a požádala je o zpětnou vazbu ohledně programu s názvem TR89S – „(Ne)zahulíme, uvidíme...“. Limitem výzkumu byl fakt, že v pandemické době zájem o programy ze strany škol klesl, a proto lektorovala tento program pouze jedna lektorka, tudíž jsem musela oslovit i bývalé lektory tohoto programu, a požádat je, aby mi poskytli zpětnou vazbu.

8.2.3 Zkoumaný program zaměřený na marihuanu a jiné konopné látky

Předmětem výzkumu efektivitu rozvoje specifických kompetencí u žáků a studentů jako účastníků programu je program s názvem TR89S – „(Ne)zahulíme, uvidíme...“. Program poskytuje organizace Jules a Jim, z.ú. Cílovou skupinou programu jsou žáci 8. - 9. tříd ZŠ a studenti 1. - 2. ročníků SŠ, dále žáci a studenti odpovídajících ročníků gymnázií.

Program s názvem TR89S – „(Ne)zahulíme, uvidíme...“ podporuje jednotlivce i celý třídní kolektiv k zaujetí vlastního odmítavého postoje k rizikovému užívání marihuany s jasným odlišením užívání léčebného konopí. Program také seznamujeme žáky se základními znalostmi o marihuaně, vyvrací nejčastější mýty spojené s užíváním marihuany, rozlišuje rizikové užívání marihuany od užívání léčebného konopí a informuje o hlavních rizicích užívání marihuany.

Program si klade následující cíle:

- vyvrátit nejčastější mýty spojené s užíváním marihuany,
- rozlišit rizikové užívání marihuany od užívání léčebného konopí,
- informovat o hlavních rizicích užívání marihuany,
- diskutovat o legislativě související s užíváním, pěstováním a distribucí konopí,
- posoudit vlastní postoje k užívání marihuany v rámci třídního kolektivu,
- posílit negativní postoj k rizikovému užívání marihuany,
- předejít u experimentujících uživatelů marihuany přechodu k pravidelnému užívání marihuany.

Na základě těchto cílů byl sestaven dotazník, který mapuje oblast znalostí, strategií jednání, které naznačují ochotu nebo odmítnutí drogy, postoje k droze a zkušenost s drogou.

Realizace programu v praxi

Na začátku programu byl vždy zařazen 10minutový úvod, kde lektor představil sebe, organizaci, zarámoval téma programu, rozsah a způsob práce. Dále lektor uvedl pravidla programu, jak technická, tak obecná. Poté následovalo úvodní kolečko se jmény, kde každý žák řekl své křestní jméno, a zdali ho něco zajímá či v tu chvíli napadá k tématu týkajícího se THC a jiných konopných drog. Po úvodní části, následovala první část programu, která se týkala dosavadních zkušeností s marihuanou. Zde žáci formulovali svůj názor na marihuanu a vyslechli si názory svých spolužáků. Cílem této pasáže bylo, aby se žáci zamysleli nad svými postoji k marihuaně a slyšeli názory svých spolužáků.

Druhá část programu se týkala kvízu, kde si žáci zmapovali své teoretické znalosti o konopí. Třetí část programu se týkala výrobků z konopí. Byla zaměřena na to, aby žáci pochopili rozdíl mezi marihuanou a konopím a porozuměli faktu, že marihuanu má negativní vliv na organismus především kvůli obsahu THC. Také zde byl vysvětlen pojem léčebné konopí a jeho užití. Čtvrtá část programu se týkala krátkodobých a dlouhodobých následků užívání marihuany. Dále následovala pátá část programu týkající se legislativy. V této části si žáci vyhledávali informace a zákony týkající se THC. Zde bylo cílem, aby věděli, co je v souvislosti s užíváním THC přestupek a co je již trestný čin. Poté následovala poslední část programu, kde se žáci vrátili ke kvízu, který vyplňovali na začátku programu a otestovali si své znalosti, kterých nabyli během programu. Tato poslední část také sloužila k závěrečným otázkám, které vyvstaly žákům během programu a ke zhodnocení toho, co si žáci nového odnesli za poznatky z programu.

8.2.4 Výběr vzorku a charakteristika škol oslovených ke spolupráci na výzkumu

Pro účely dotazníkového šetření lze jako základní soubor uvažovat všechny žáky a studenty pražských základních a středních škol, jak těch, na kterých jsou realizovány specifické programy primární prevence, tak těch, kde je primární prevence realizována jiným způsobem. Vzhledem k podmínkám pandemické situace byl zvolen záměrný výzkumný vzorek na základě dostupnosti.

Záměrný výběr je účelný proto, „aby vybrané osoby byly pro výzkum vhodné a aby měly určité potřebné vědomosti a zkušenosti z dané oblasti nebo prostředí. Jen tak o něm mohou podat informačně bohatý a pravdivý obraz“ (Gavora, 2000, s. 144). Výběr na základě dostupnosti je výběr, který vychází z faktu, že ne každý z respondentů je pro výzkumníka dostupný (vzdálenost, neochota apod.), a proto jsou zvoleni ti respondenti,

kteří jsou v aktuální chvíli dostupní (Hendl, 2016). Vzhledem k tomu, že výběr není náhodný (randomizovaný), má výzkum kvazi-experimentální charakter.

Byli vybráni žáci a studenti pražských škol, kteří podle Národní strategie primární prevence rizikového chování i podle vzdělávací politiky mají být cílovou skupinou školské primární prevence. Z těchto žáků studentů se někteří účastnili programu specifické primární prevence, jiní nikoli. Účast na programu je tedy ve výzkumu hlavní sledovanou proměnnou (zjednodušeně hovořím o skupině účastníků a kontrolní skupině).

Jak připomíná Hendl, pro bližší obeznámenost se vzorkem je nutné popsat, v jakém prostředí se uskutečnil sběr dat (Hendl, 2016). Níže nabízím charakteristiku škol, přičemž vycházím z dokumentace škol, která mi byla poskytnuta k nahlédnutí, a z internetových stránek škol. Zcela záměrně neuvádím bližší identifikační údaje, aby byla zachována anonymita respondentů.

Účastníci výzkumu (mládež ve věku 13-19 let) studovali na dvou gymnáziích a čtyřech základních školách. Skupina účastníků studovala na gymnáziu a na dvou základních školách. Gymnázium se nachází na Praze 9, jde o státní gymnázium, které ve školním roce 2018/2019 oslavilo 45. výročí svého založení a těší se dobré pověsti. S jednadvaceti třídami patří k větším středním školám. Studium na gymnáziu je buď čtyřleté, nebo osmileté. Cílem gymnázia je dobře žáky připravit pro další vzdělávání, zejména vysokoškolské. Škola cílí na kvalitní výuku hlavních světových jazyků, informačních technologií a přírodovědných předmětů. V posledních dvou letech studia mají žáci možnost vybírat z nabídky volitelných předmětů a seminářů tak, aby si rozšiřovali znalosti v oboru, kterému se v budoucnu chtějí věnovat. Škola má téměř šedesátičlenný plně kvalifikovaný pedagogický sbor. Gymnázium má nadstandardní vybavení několika odborných učeben a laboratoří, disponuje školní knihovnou, včetně anglického oddělení. V budově jsou dvě tělocvičny a gymnastický sál, na pozemku školy se nachází moderní sportovní areál. Škola disponuje i venkovním environmentálním centrem a víceúčelovým letním pavilonem.

Základní škola s rozšířenou výukou jazyků je příspěvková organizace s právní subjektivitou, zřízená Městskou částí Praha 4. Škola je umístěna ve velmi hezkém prostředí uprostřed zeleně, na rozhraní městských čtvrtí Braník a Podolí. ZŠ s rozšířenou výukou jazyků je fakultní školou PedF UK, spolupracuje také s FF UK, UPOL Olomouc. Školu navštěvují děti od 1. do 9. ročníku a její kapacita je 530 žáků. V současné době ji navštěvuje zhruba 350 žáků. Škola poskytuje základní vzdělávání podle Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Filozofie školy je založena na tom, že

všichni žáci a pracovníci jsou stejně důležití. Odborné skupiny specializovaných pracovníků jsou postaveny na týmovém duchu zaměstnanců, na kolegiálních a korektních pracovních vztazích na bázi vzájemné úcty a důvěry. Hlavním z úkolů školy je příprava žáků pro život. Nejde jen o pouhou přípravu k dalšímu úspěšnému studiu na středních školách, ale především o to, aby se všichni žáci dokázali orientovat v dnešním světě, uměli se zdravě a zcela samostatně prosadit tak, aby žili šťastně a naplněně a zároveň dokázali myslet i na druhé. V základním vzdělávání jsou třídy s rozšířenou výukou jazyků v 1. - 9. ročníku. Ve třídách je zajištěna speciálně pedagogická i psychologická pomoc žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi něž patří také žáci nadaní. Škola pravidelně vyhodnocuje studijní výsledky žáků, z nichž dva nejlepší dostávají za odměnu studijní pobyt v Anglii zdarma. Žáci školy píší i školní časopis. Škola také pořádá přípravné kurzy k přijímacím zkouškám, školy v přírodě, ozdravné pobyty, lyžařské výcvikové kurzy, adaptační a kohezní pobyty a letní tábory.

Druhá základní škola je také zřízená Městskou částí Praha 4. Škola vyučuje podle školního vzdělávacího programu Vzdělání pro život. Škola se profiluje v oblastech matematiky, přírodovědných předmětů a také informatiky. Tradičně je na škole otevírána v 6. ročníku třída s rozšířenou výukou matematiky, přírodovědných předmětů a se zaměřením na výpočetní techniku. V 8. a 9. ročníku je zde řada volitelných předmětů. Vzdělávání a výuku doplňují zájmové kroužky. Dále se škola zaměřuje na oblasti, které nejvíce odpovídají potřebám žáků a vytvářejí předpoklady pro další úspěšné studium, či začlenění žáků do života, jedná se o cizí jazyky, informatiku, matematiku a přírodovědné předměty. Pro výuku žáků má škola k dispozici 35 učeben, včetně polo odborných a odborných pracoven (jazykové, fyzika, chemie, dvě počítačové učebny apod.), dvě tělocvičny, fotbalové hřiště s umělým povrchem, volejbalový kurt, tartanové hřiště a běžeckou dráhu s umělým povrchem. Škola je od roku 2016 součástí sítě Škola pro demokracii.

Také v případě kontrolní skupiny byli vybráni studenti gymnázia a dvou základních škol. Gymnázium sídlí na Praze 10 a jde o státní školu s dlouholetou tradicí. Cílem gymnázia je poskytování kvalitního všeobecného vzdělání a příprava ke studiu na vysoké škole. Studenti jsou přijímáni do osmiletého (po ukončení 5. ročníku ZŠ), šestiletého (po ukončení 7. ročníku ZŠ) a čtyřletého (po ukončení 9. ročníku ZŠ) typu studia. Výuka probíhá podle osnov školního vzdělávacího programu osmiletého, šestiletého a čtyřletého gymnázia. První ročníky jsou zaměřené všeobecně a všichni studenti jednoho ročníku mají stejné předměty. V posledních dvou ročnících čtyřletého, šestiletého i osmiletého studia

mají žáci možnost si částečně přizpůsobit obsah učiva svému zájmu a svým potřebám, a to formou výběru z řady volitelných předmětů – seminářů. Zvláště nadaní studenti mají možnost se účastnit řady projektů a soutěží. Skupina studentů je aktivně zapojena do celosvětového ekologického projektu Globe vyhlášeného americkým viceprezidentem Al Gorem, ten se zabývá sledováním různých faktorů životního prostředí v blízkém i vzdálenějším okolí školy. Škola pořádá besedy s politiky, ekonomy, spisovateli či publicisty a přednášky známých vědců a odborníků.

První základní škola vzdělává ve všech devíti ročnících cca 320 žáků. Od 1. září 2019 je na ZŠ zřízena i přípravná třída. Vizí školy je poskytovat žákům výchovu a vzdělání v souladu se školním vzdělávacím programem Otevřená škola pro 21. století, spočívajícím na třech základních pilířích: komunikace – v jazyce mateřském i světových jazycích, využití technologií, rozvoj osobnosti. Škola má vlastní i poradenské pracoviště. Na výborné úrovni je rovněž spolupráce školy s Obvodní pedagogicko-psychologickou poradnou i dalšími odborníky v oblasti drogové prevence, komunikace mezi žáky, z oblasti etiky či právního vědomí. Se školou spolupracuje speciální pedagog – etoped, jenž pomáhá řešit krizové situace či dlouhodobé problémy žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Škola je otevřenou školou 21. století, která se snaží, aby se její žáci uplatnili v moderní učíci se informační společnosti.

Druhá základní škola je státní, malá, plně organizovaná škola, založená v roce 1893. Nachází se na Praze 5. Od 90. let je škola příspěvkovou organizací a jejím zřizovatelem je příslušná městská část. Škola má devět ročníků, přípravnou třídu a též mateřskou školu. Má hlavní budovu a odloučené pracoviště a její kapacita je 540 žáků. Žáci obvykle docházejí z blízkého okolí – spádové oblasti. Školu navštěvuje 15 % dětí cizích státních příslušníků. V rámci inkluzivního vzdělávání se ve škole vzdělávají i žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, z nichž někteří vyžadují i podporu asistentů pedagoga. Škola disponuje kvalitním výukovým zázemím, má dvě počítačové učebny, informační centrum a pracovny s interaktivními tabulemi. Součástí školy je také školní družina. Žáci mají také možnost využít pestrou škálu zájmových kroužků.

8.2.5 Etický rámec výzkumu a nakládání s osobními údaji

V rámci pedagogického výzkumu je pro zajištění výzkumných dat a publikaci výsledků nutné, aby byly dodržovány etické zásady a konvence, které jsou nedílnou součástí každé výzkumné práce s použitím kvalitativního, kvantitativního či smíšeného výzkumného designu. V metodologických úvahách nad výzkumem je dle Průchy a

Švaříčka (2009) důležité upřesnit následující otázky: kdo provádí výzkum, jaká jsou výchozí stanoviska, za jakým účelem se výzkum realizuje a jakým způsobem bude provedena analýza dat.

V rámci provedených kvalitativních i kvantitativních šetření bylo pro zajištění výzkumných dat potřebné, aby dotazníkové šetření a rozhovory probíhaly v atmosféře otevřenosti, pocitu bezpečí, a to nejen u respondentů, ale i participujících organizací. Pro dosažení zmíněného cíle byly zvoleny následující postupy (Hendl, 2016; Průcha & Švaříček, 2009):

- Participantů byli před začátkem šetření informováni o tom, že případná účast na výzkumu je dobrovolná a můžou ji kdykoliv odmítnout, případně v průběhu přerušit. Dále byli upozorněni, že dalším osobám nebudou poskytnuty žádné osobní údaje.
- Dotazníkové šetření bylo zcela anonymní, realizované na principu dobrovolnosti, nebyly při něm zpracovávány osobní údaje participantů.
- Veškeré údaje, které respondenti a participantů poskytli, byly anonymizovány tak, aby čtenář disertační práce (kromě výzkumnice) nemohl identifikovat školská zařízení, spolupracující organizaci nebo respondenta.
- Přepis audiozáznamu rozhovoru nebo ruční zápis rozhovoru byl anonymizován a archivován pod číselným kódem.
- Audiozáznam rozhovoru byl následně po přepsání vymazán.
- Audionahrávka, transkript rozhovoru, ruční zápis rozhovoru a ani vyplněný dotazník nebyl poskytnut žádnému jinému subjektu či třetí straně.
- V případě rozhovorů, během nichž byl pořizován audiozáznam, byl získán informovaný souhlas participantů vždy na samotném začátku rozhovoru a zaznamenán v rámci audionahrávky. Také vždy došlo k podpisu informovaného souhlasu. U online dotazníku došlo k potvrzení souhlasu výběrem možnosti souhlasím, zde se jednalo o povinné pole, bez jehož vyplnění by nebyl dotazník odeslán.
- V souladu s doporučeními budou participantů, a to včetně spolupracujících organizací, informováni o výsledcích výzkumu.

Také bylo zapotřebí respektování názorové plurality, jež patří mezi základní zásady etického rámce výzkumu (Usnesení vlády ČR č. 1005/2005 a č. 951/2006).

8.3 První fáze výzkumu – kvantitativní dotazníkové šetření se žáky a studenty

Tato část práce se věnuje dotazníkovému šetření, které bylo pro ověření efektivity programu primární drogové prevence realizováno u žáků a studentů základních škol a gymnázií.

8.3.1 Metodologie

Zaměření šetření vychází z hlavní výzkumné otázky (HVO), která zněla: **Přispívá program primární protidrogové prevence poskytovaný ve školách efektivně k rozvoji specifických kompetencí žáků a studentů ZŠ a gymnázií.**

8.3.1.1 Dílčí výzkumné otázky

V rámci první fáze, ověření programu, byly v souladu s dílčími cíli položeny následující dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Existuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostní kompetence u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny?

DVO2: Existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v kompetenci resistance vůči nabídce?

DVO3: Existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v hodnotící (hodnotově postojoyé) kompetenci?

DVO4: Existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v užívání THC?

8.3.1.2 Tvorba dotazníku jako výzkumného nástroje

Pro kvantitativní fázi výzkumu byl jako výzkumný nástroj zvolen dotazník. Smyslem užití dotazníku bylo získat informace týkající se efektivity programu v oblasti znalostí, resistance vůči nabídkám, hodnot a postojů a také ohledně zkušeností s marihuanou od žáků a studentů.

Dotazník je snad nejpoužívanější pedagogickou výzkumnou technikou v sociálních vědách, není specificky pouze technikou pedagogickou, ale je používán i v sociologických, psychologických demografických a dalších šetřeních, zabývajících se člověkem. Podstatou dotazníku je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i zjištění jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají (Pelikán, 2007, s. 105). Kladené otázky se mohou vztahovat buď k jevům vnitřním, nebo jevům vnějším. Jde o soustavu pečlivě

formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně. Jako metoda má dotazník také limity, neboť nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale pouze to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni (Chráska, 2007, s. 163).

Při konstrukci dotazníku je třeba dodržet základní principy, mezi které Pelikán, Chráska a Disman (Pelikán, 2007; Chráska, 2007; Disman, 2008) řadí následující:

- zachování anonymity,
- jasné pokyny k vyplnění,
- jednoduchá a srozumitelná formulace položek,
- jednoznačné vymezení a neutrální formulace jednotlivých položek,
- grafická přehlednost,
- maximální snížení časové náročnosti.

Při konstrukci dotazníku je důležité, aby získané údaje bylo možno dobře zpracovávat. Dotazník by měl splňovat také základní požadavky kladené na dobré měření, je to validita, reliabilita. Validita dotazníku spočívá v tom, že dotazník zjišťuje skutečně to, co je výzkumným záměrem. Reliabilitou dotazníku se rozumí schopnost dotazníku zachycovat přesně a spolehlivě zkoumané jevy. Dostatečně vysoká reliabilita je nezbytným předpokladem dobré validity dotazníku (Chráska, 2007, s. 171).

Pro účely získání dat byl sestaven soubor položek dotazníku. První část dotazníku se týkala demografických proměnných, konkrétně: věku, pohlaví, typu školy, rodinného zázemí (složení rodiny a vztahy v rodině), studijních výsledků. Další část dotazníku se týkala znalostních kompetencí, následovaly kompetence resistance vůči nabídce, poté hodnotově postoje kompetence a poslední pasáž dotazníku byla zaměřena na dosavadní zkušenosti s THC. V souladu s tím byl dotazník rozdělen do následujících okruhů:

Okruh A. Znalostní kompetence

Okruh zjišťoval specifické znalosti týkající se vlivu marihuany a ostatních konopných látek na zdraví a rozvoj závislostí. Měl podobu kvazi-didaktického testu, který nabízel 10 otázek (položky č. 8–17) na specifické znalosti v oblasti THC a konopí, na které bylo zaměřeno kurikulum programu. Byly vždy nabízeny 4 odpovědi, z nichž jen jedna byla správná. Odpovědi byly kódovány jako správná odpověď (1 bod) a špatná odpověď (0 bodů).

Příklad položky a jejího kódování:

Marihuanu lze užívat (zakroužkuj jednu možnost):

- | | |
|------------------------|---|
| • injekčně a kouřením | 0 |
| • kouřením a požíváním | 1 |
| • kouřením a šňupáním | 0 |
| • šňupáním a injekčně | 0 |

Charakter proměnných může být chápán jako kvalitativní (špatně – správně) nebo jako metrické (1 bod – 0 bodů). Z určení proměnných plyne, že mohly být zpracovány jak Mann Whitneyho U-testem, tak testem nezávislosti. Zvolen byl Mann Whitneyho U-test.

Okruh B. Kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání

Položková subškála (položky č. 18 až 25) měřila specifické komunikačně-interakční strategie odolávání nabídce marihuany a jiných konopných látek. Položky popisovaly situace, ve kterých mladí lidé čelí nabídce drog, a k nim byly nabízeny kvalitativně různé strategie odolávání nabídce, od nejvíce asertivního odmítání po přijetí nabídky. Kódovalo se na škále u každé nabídky od 1 do 4 (asertivní, odmítnu bez vysvětlení = 1, odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč = 2, raději se přestanu účastnit podobných akcí = 3, přijmu nabídku = 4). Data jednotlivých položek byla vyhodnocena pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu (test nezávislosti), neboť data lze chápat jako nominální i ordinární. Inspirací pro nabídky odpovědí v této části dotazníku byl výzkum Hopfera et. al., (2013), ve kterém autoři pracují s předpokladem, že čím asertivnější odpověď, tím více si respondenti věří, že dokáží drogu odmítnout.

Položky byly vzhledem k tomu, že je lze chápat jako nominální (označení kvalitativně odlišných strategií jednání) i jako ordinární (seřadit vzestupně nebo sestupně), zpracovány jednak Pearsonovým chí kvadrát testem i Mann-Whitneyho U-testem.

Příklad položky a jejího kódování:

Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):

- | | |
|--|------------------------------------|
| • odmítnu bez vysvětlení | 1 (asertivní odmítající strategie) |
| • odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč | 2 (vysvětlující/obhajující strat.) |
| • raději z oslavy odejdu | 3 (úniková/vyhýbavá strategie) |
| • přijmu nabídku, protože mu věřím | 4 (drogu akceptující strategie) |

Okruh C – Hodnotově postojové kompetence

Šlo o baterii položek č. 26–41 zjišťujících normativní přesvědčení respondentů, která se týkají marihuany a jiných konopných látek. Respondentům byly nabídnuty různé výroky

z oblasti prodrogových a protidrogových přesvědčení a postojů a k nim pětibodové škály. Respondent vybral možnost, která se nejvíce blížila tomu, jak silně s výrokem souhlasil nebo nesouhlasil od „naprosto souhlasím“ po „naprosto nesouhlasím“. Při rozhodování o povaze dat akceptuji doporučení Chytrého a Kroufka (2017), kteří potvrzují názor Subediho (2016) a McLeoda (2008), že s daty získanými na základě položek inspirovaných formou Likertova škálování nelze pracovat jako s daty nominálními, nýbrž ordinálními, protože mají lineární uspořádání. Proto byla data zpracována opět Mann Whitneyho U-testem, a to jak v jednotlivých položkách, tak v sumovaných pro celou škálu.

Vzhledem k tomu, že položky zachycovaly jak protidrogové, tak prodrogové postoje, bylo nutné po jejich dílčím vyhodnocení část z nich pro statistické zpracování sumované škály překódovat. Ve výsledku pak sumovaná škála ukazuje, že čím vyšší medián, tím kvalitnější postoj skupiny respondentů zastávaly.

Příklad položek a jejich kódování pro sumovanou (celkovou) subškálu:

Položka vyjadřující prodrogový postoj: Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod **užívat marihuanu** a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:

Zlepšit si náladu:

- | | |
|------------------------|---|
| • naprosto souhlasím | 1 |
| • spíše souhlasím | 2 |
| • tak půl na půl | 3 |
| • spíše nesouhlasím | 4 |
| • naprosto nesouhlasím | 5 |

Položka formulovaná jako protidrogový postoj: Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč **neužívat marihuanu** a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:

Neohrozit svůj zdravotní stav:

- | | |
|------------------------|---|
| • naprosto souhlasím | 5 |
| • spíše souhlasím | 4 |
| • tak půl na půl | 3 |
| • spíše nesouhlasím | 2 |
| • naprosto nesouhlasím | 1 |

Položka formulovaná neutrálně: Budeš chtít konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti?

- | | |
|-------------------------------|---|
| • určitě ne | 5 |
| • spíše ne | 4 |
| • musím si to ještě rozmyslet | 3 |

- spíše ano 2
- určitě ano 1

Okruh D – dosavadní zkušenosti s THC

Do dotazníku byly také zařazeny čtyři otázky týkající se dosavadní konzumace marihuany u samotného respondenta, jeho rodiny a přátel. V položkách č. 42–44 se nabízely odpovědi, které ukazovaly četnost konzumace marihuany (1 = vůbec, 5 = denně). Respondent měl zakroužkovat tu možnost, která nejvíce odpovídala jeho situaci. Data byla zpracována opět Mann Whitneyho U-testem, a to jak v jednotlivých položkách, tak v sumovaných pro celou škálu. Poslední položka tohoto okruhu (č. 45) se ptala, zda lidé, kteří jsou důležití pro respondenta, užívání marihuany schvalují, neřeší či kritizují. Tato nebyla zařazena do sumované škály, protože nabízela pouze tři možnosti, zároveň po zvážení nutno konstatovat, že by spíše zapadala do části věnované postojům. Slouží tedy spíše na doplnění znalosti o respondentech.

Příklad položky a jejího kódování:

Jak často nyní konzumuješ marihuany? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci:

- vůbec 1
- jednou až dvakrát za měsíc 2
- jednou týdně 3
- několikrát týdně 4
- denně 5

Jak je patrné i uvedených příkladů, v dotazníku se vyskytují zejména uzavřené otázky s nabídkou odpovědí, kde respondenti vybírají jednu z možností. Tyto nabídky jsou buď volbou mezi správnými a špatnými odpověďmi (znalosti), nebo mají podobu Lickertových škál (vyjadřují míru souhlasu nebo nesouhlasu výrokem), případně volí z kvalitativně odstupňovaných nabídek nebo z nabídek kvantitativních (jednou, často apod.).

Uzavřené položky, které respondentovi předkládají předem dané odpovědi, byly užity u položek týkající se proměnných, konkrétně pohlaví, typu školy, složení rodiny, vztahů v rodině, studijních výsledků a otázek v rámci dosavadních zkušeností s THC. Dále byly uzavřené položky v dotazníku využity v oblasti otázek týkajících se znalostních kompetencí, kompetencí resistencí vůči nabídkám a hodnotově postojových kompetencí.

Otevřené otázky v dotazníku se týkaly věku respondenta a třídy, kterou respondent navštěvuje.

Reliabilita nástroje pro oblast zjišťující kompetence byla ověřena s využitím nejčastěji používaného koeficientu pro zjištění vnitřní konzistence dotazníku, jímž je Cronbachova alfa (Cronbach, 1951). Může nabývat hodnot v intervalu $\langle 0,1 \rangle$. Reliabilita dotazníku byla následující: Pro oblast znalostí vyšla Cronbachova alfa 0.6, v oblasti resistance vůči nabídce činila reliabilita 0.8, pro oblast hodnotově postojoyých kompetencí u skupiny účastníků 0.81. V oblasti zkušeností s THC vyšla Cronbachova alfa 0.65. Přestože alfa 0.6 u znalostní škály se může zdát hraniční, podle Helmstadterova pravidla (Helmstadter, 1964) je pro hodnocení výkonu skupiny v dotazníku dostačující reliabilita 0.5. Vzhledem k vykázání uspokojivých hodnot spolehlivosti, se přesnost nástroje v oblastech zjišťovaných kompetencí ukázala pro využití v pedagogickém výzkumu jako dostatečná. Finální podoba dotazníku je přiložena jako Příloha č. 1.

8.3.1.3 Sběr dat

Rámcově byl sběr dat již popsán v kap. 8.2.2 (Příprava a celkový průběh tří fází výzkumu). V této části jen stručně doplním další skutečnosti. Před začátkem dotazníkového šetření jsem si vyžádala souhlas s provedením výzkumu od organizace, která program na škole realizovala, také od ředitelů škol, metodiků prevence a pedagogů. Všechny zainteresované strany s výzkumným šetřením na školách souhlasily. Co se týká distribuce dotazníku, ta probíhala osobně i online. Dotazníkové šetření probíhalo pro dvě skupiny, skupinu účastníků a kontrolní skupinu.

Pro skupinu účastníků bylo dotazníkové šetření realizováno po skončení intervence, tedy po absolvování programu. Online dotazníky byly vyplňovány anonymně, a to v elektronické podobě. Ani papírový, ani online dotazník o respondentech nevyžadoval vyplnění žádných osobních údajů, a proto nebylo nutné provádět anonymizaci. Respondenti měli také možnost dostatečně rozmýšlet každou položku dotazníku a nebyli vystaveni žádným stresorům, například v podobě časové dotace vyplnění dotazníku. Před jeho odevzdáním či odesláním mohli své odpovědi ještě korigovat, případně doplnit něco, co by chtěli k tématu ještě říci.

8.3.1.4 Statistické zpracování dat

Pro analýzu dotazníků byla získaná data zanesena do matice a analyzována ve statistickém programu Statistica verze 14 a dále pak s využitím některých volně

dostupných softwarových statistických aplikací, jako Statistics Kingdom (2022, [online]), Social Science Statistics (2022, [online]). Normalita dat byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu normality. Pro porovnání kvantitativních parametrů byl v závislosti na tom, že data nepocházela z normálního rozdělení použit neparametrický Mann Whitney U-test a Pearsonův chí kvadrát (test nezávislosti. Testování probíhala na hladině významnosti 5 %.

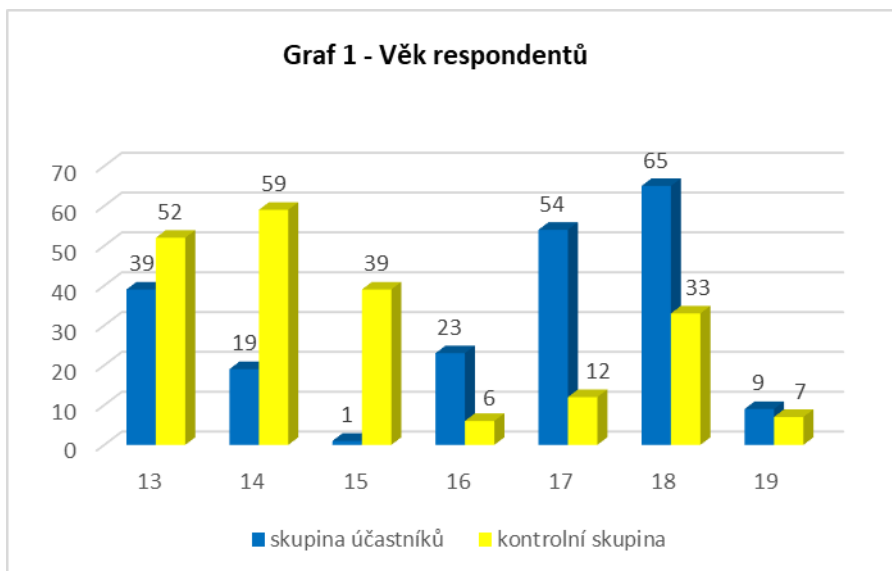
Jako vodítko pro posuzování věcné (praktické) významnosti výsledků, statisticky nezveličovaných rozsahem analyzovaného souboru, byl aplikován koeficient velikosti účinku – effect size (American Psychological Association, 2002; Broďáni, 2005; Cohen, 1988; Cortina & Nouri, 2000; Morse, 1999; Rosenthal, Rosnow, & Rubin, 2000; Sheskin, 2007; Thomas & Nelson, 2001). Pro ověření velikosti účinku pro Mann Whitney-U test bylo užito Pearsonova korelačního koeficientu r .

Pearsonovo r je široce používáno jako velikost účinku, pokud jsou dostupná párová kvantitativní data. Koeficient r lze použít také při testování míry závislosti mezi dvěma dichotomickými proměnnými. Měří důležitost vztahu mezi dvěma skupinami znaků nominálních dat, které mohou nabývat pouze dvou hodnot (Pett, 1997; Siegel & Castellan, 1988). Míru závislosti lze pomocí hodnot koeficientu r interpretovat následovně (Pett, 1997): $r \geq 0,90$ = extrémně silná závislost (souvislost, vztah); $0,70 - 0,89$ = silná závislost; $0,50 - 0,69$ = střední závislost; $0,30 - 0,49$ = nízká závislost a $r < 0,30$ = slabá závislost. Podle Chráska (2000, 201) je prakticky použitelná závislost minimálně $r = \pm 0,40$. Určitá hodnota korelačního koeficientu ale může být hodnocena v různých výzkumných situacích různě“.

Pro posouzení síly testu nezávislosti (Pearsonův chí kvadrát) bylo užito Cramerovo V . Význam hodnot koeficientů interpretuji takto (Mareš & Rabušic, 2010): mezi 0 až 0,1 = zanedbatelná závislost, mezi 0,1 až 0,3 = slabá závislost, mezi 0,3 až 0,7 = střední závislost, mezi 0,7 až 1 = silná závislost, 1 = absolutní vztah (z hodnot jedné proměnné můžeme předpovědět hodnoty druhé proměnné). Prezentované informace k formulování věcné významnosti a představení koeficientů effect size mají přispívat ke zkvalitnění statistického zpracování dat a následné korektní interpretaci výsledků. Statistické výsledky jsou reportovány v citačním formátu APA.

8.3.2 Popis výzkumného vzorku

Celkový soubor tvořilo 418 respondentů ve věku třináct až devatenáct let. Z toho bylo 210 účastníků programu primární prevence. 208 respondentů programem primární prevence neprošlo. Dle věkového rozložení tvořili nejpočetnější skupinu respondenti ve věku 18 let ($n = 98$). Naopak nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku 19 let ($n = 16$). Tyto údaje ukazuje graf 1.



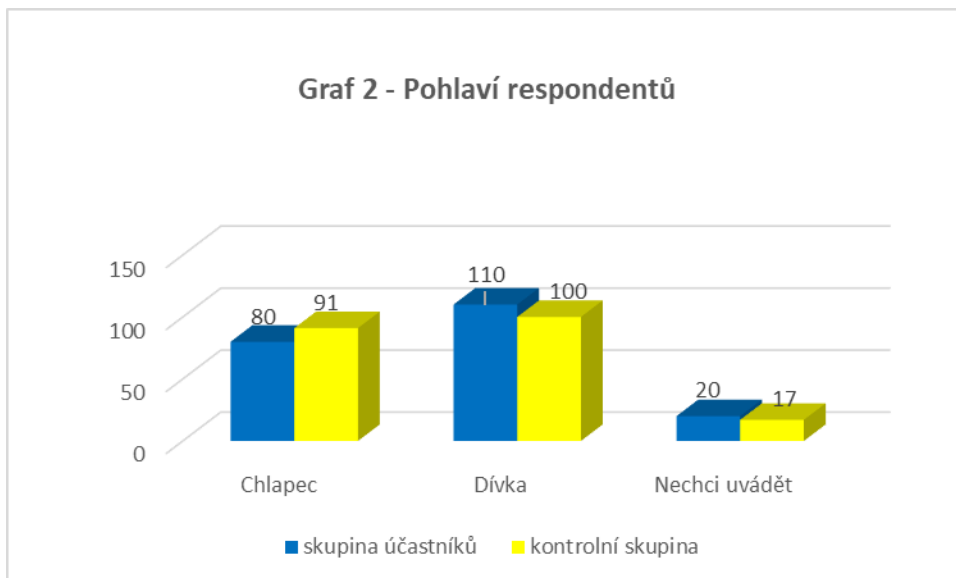
(Graf 1 – Věk respondentů)

Z grafu je patrné, že vzorek není věkově plně homogenní, přestože všichni respondenti spadají do období dospívání, proto mohou být výsledky touto skutečností částečně ovlivněny.

Tabulka 6 – Věk respondentů

Věkové skupiny	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
13	39	18.6	52	25	91	21.77
14	19	9	59	28.36	78	18.66
15	1	0.5	39	18.75	40	9.57
16	23	10.95	6	2.88	29	6.94
17	54	25.7	12	5.77	66	15.79
18	65	30.95	33	15.87	98	23.44
19	9	4.3	7	3.37	16	3.83
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Jak ukazuje tabulka 6, nejpočetněji jsou zastoupeni respondenti ve věku 18 let (23.44 %). Vzorek je tedy tvořen převážně respondenty, které lze označit jako pozdní adolescenty. Nejmladší jedinci, kteří spadají do období rané adolescence (pubescence), byli ve věku 13 let a tvořili druhou nejpočetnější skupinu (21.77 %).



(Graf 2 – Pohlaví respondentů)

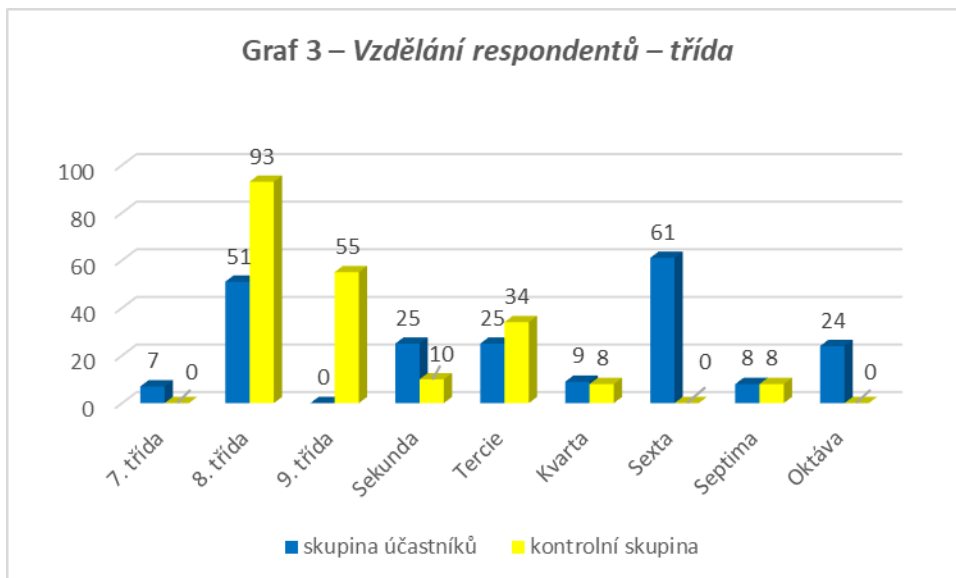
Graf 2 ukazuje, že z celkového počtu respondentů ($n = 418$), bylo větší zastoupení dívek u obou ze skupin. U kontrolní skupiny dívky tvořily 48.08 % a u skupiny účastníků 52.38 %. Z hlediska homogenity lze celkově vzorek považovat za vyvážený. Zajímavým zjištěním je, že celkově 37 respondentů nechtělo pohlaví uvádět.

Tabulka 7 - Pohlaví respondentů

Pohlaví	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Chlapec	80	38.10	91	43.75	171	40.91
Dívka	110	52.38	100	48.08	210	50.24
Nechci uvádět	20	9.52	17	8.17	37	8.85
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Jak ukazuje Tabulka 7, z celkového počtu 418 respondentů je 210 dívek a 171 chlapců. Dále 37 respondentů v položce pohlaví zvolilo možnost: „nechci uvádět“. Z výše uvedené tabulky je patrné, že dívky převažují jak ve skupině účastníků, tak v kontrolní skupině.

Graf 3 ukazuje, že z celkového počtu respondentů ($n = 418$), je nejvíce respondentů ze skupiny účastníků ze sexty gymnázia ($n = 61$). U kontrolní skupiny je nejvíce respondentů v 8. třídě na základní škole ($n = 93$).



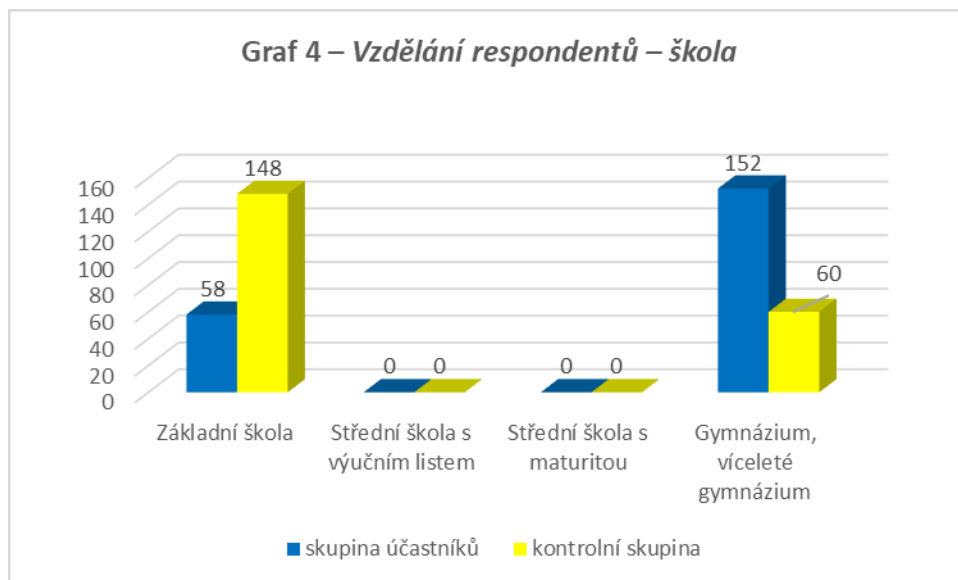
(Graf 3 – Vzdělání respondentů – třída)

Tabulka 8 – Vzdělání respondentů – třída

Třída	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
7. třída	7	3.33	0	0	7	1.67
8. třída	51	24.29	93	44.71	144	34.45
9. třída	0	0	55	26.44	55	13.16
Sekunda	25	11.90	10	4.80	35	8.37
Tercie	25	11.90	34	16.35	59	14.11
Kvarta	9	4.29	8	3.85	17	4.07
Sexta	61	29.05	0	0	61	14.59
Septima	8	3.81	8	3.85	16	3.83
Oktáva	24	11.43	0	0	24	5.74
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka 8 ukazuje, že z celkového počtu 418 respondentů bylo nejvíce z nich v 8. třídě na základní škole (34.45 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti ze sexty gymnázia (14.59 %). Nejméně respondentů je naopak v 7. třídě na základní škole (1.67 %). Tito respondenti jsou ze skupiny účastníků. V rámci gymnaziálního vzdělávání jsou žáci ze sekundy a kvarty ze čtyřletých gymnázií a žáci z tercie, sexty, septimy a oktávy z osmiletých gymnázií.

Z Grafu 4 lze vyčíst, že skupina účastníků je tvořena 58 žáky základních škola a 152 žáky gymnázií. Kontrolní skupina obsahuje početnější skupinu žáků ze základních škol a nižší počet žáků gymnázií. Gymnazisté jsou ze čtyřletých a osmiletých gymnázií.



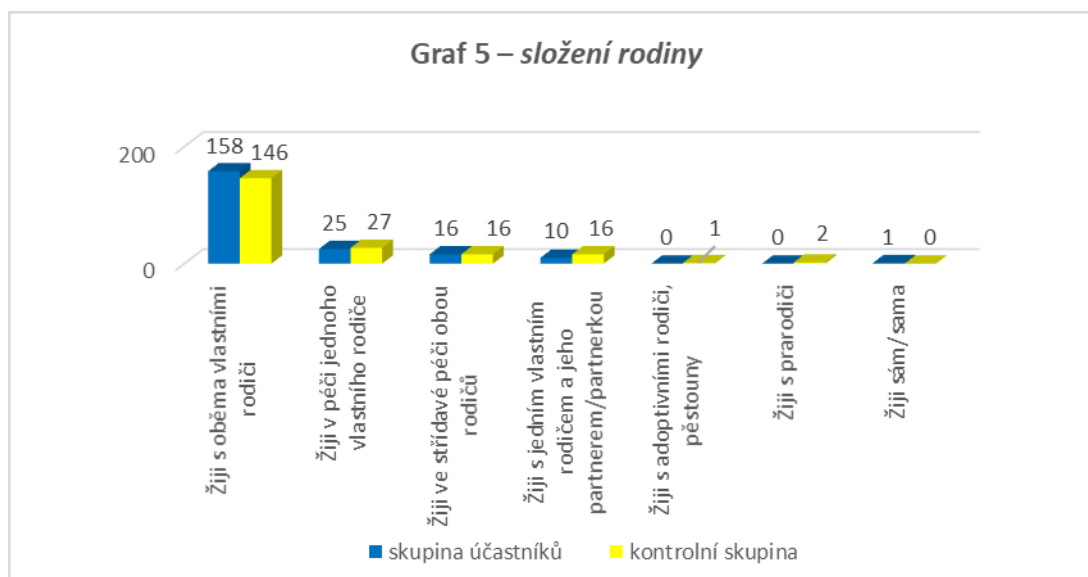
(Graf 4 – Vzdělání respondentů – škola)

Tabulka 9 – Vzdělání respondentů – škola

Škola	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Základní škola	58	27.62	148	71.15	206	49.28
Střední škola s výučním listem	0	0	0	0	0	0
Střední škola s maturitou	0	0	0	0	0	0
Gymnázium, víceleté gymnázium	152	72.38	60	28.85	212	50.72
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka 9 ukazuje, že v celkovém počtu respondentů ($n = 418$) nejsou zastoupeni žáci střední školy s výučním listem a střední školy s maturitou. 206 respondentů (49.28 %) jsou žáci základních škol. Nejvíce respondentů je žáků gymnázií – 212 (50.72 %).

Graf 5 ukazuje, že ve vzorku převažují respondenti, kteří jsou z úplných rodin, tzn., že žijí s oběma vlastními rodiči ($n = 304$).



(Graf 5 – Složení rodiny)

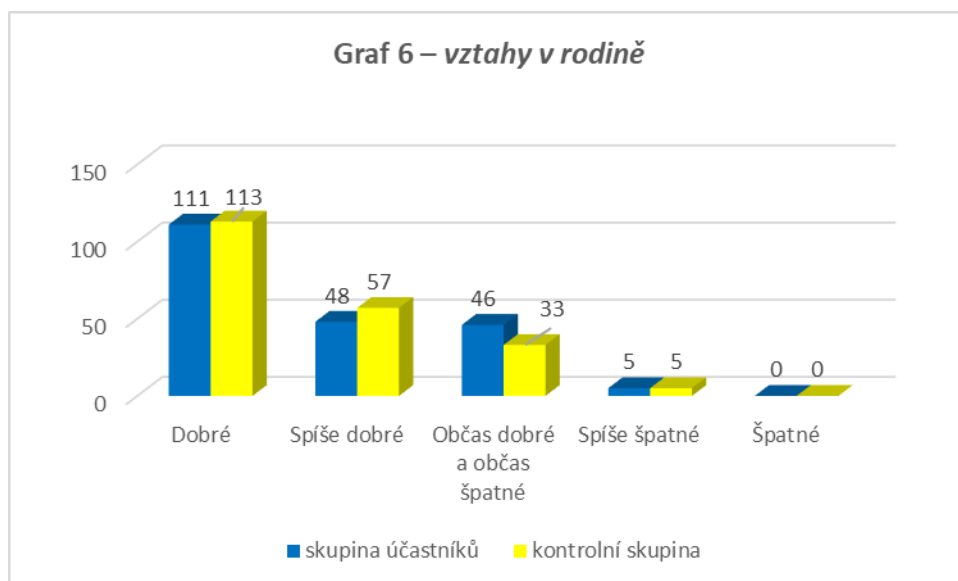
Zajímavým ukazatelem je, že 1 respondent ze skupiny účastníků uvedl, že žije sám/sama. Jeden z respondentů kontrolní skupiny uvedl, že žije s adoptivními rodiči, pěstouny. Dva respondenti z kontrolní skupiny uvedli, že žijí s prarodiči.

Tabulka 10 – Složení rodiny

Složení rodiny	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Žijí s oběma vlastními rodiči	158	75.24	146	70.19	304	72.73
Žijí v péči jednoho vlastního rodiče	25	11.9	27	12.98	52	12.44
Žijí ve střídavé péči obou rodičů	16	7.62	16	7.69	32	7.65
Žijí s jedním vlastním rodičem a jeho partnerem/partnerkou	10	4.76	16	7.69	26	6.22
Žijí s adoptivními rodiči, pěstouny	0	0	1	0.48	1	0.24
Žijí s prarodiči	0	0	2	0.96	2	0.48
Žijí sám/sama	1	0.48	0	0	1	0.24
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka 10 ukazuje, že ve vzorku převažují respondenti, kteří jsou z úplných rodin, tzn., že žijí s oběma vlastními rodiči (72.73 %). Z úplných rodin je tedy 158 respondentů ze skupiny účastníků (75.24 %) a 146 ze skupiny kontrolní (70.19 %).

Graf 6 ukazuje, že ve vzorku převažují respondenti, kteří mají dobré vztahy v rodině (53.59 %) a to jak v kontrolní skupině (n = 113), tak ve skupině účastníků (n = 111).



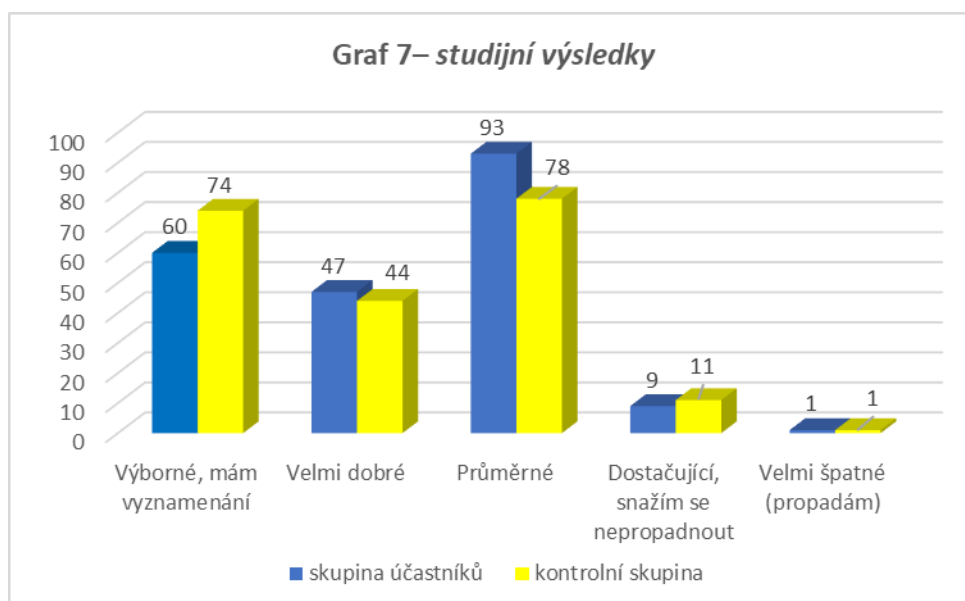
(Graf 6 – Vztahy v rodině)

Tabulka 11 – vztahy v rodině

Vztahy v rodině	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Dobré	111	52.86	113	54.33	224	53.59
Spíše dobré	48	22.86	57	27.40	105	25.12
Občas dobré a občas špatné	46	21.90	33	15.87	79	18.90
Spíše špatné	5	2.38	5	2.40	10	2.39
Špatné	0	0	0	0	0	0
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka 11 ukazuje, že z celkového počtu respondentů (n = 418) zvolilo 224 respondentů, že mají dobré vztahy v rodině. Nikdo nezvolil odpověď „špatné“ a pouze 10 respondentů uvedlo, že mají spíše špatné vztahy v rodině, 5 z kontrolní a 5 ze skupiny účastníků. V obou skupinách respondentů převažují ti, kteří považují vztahy ve své rodině za dobré. Domnívám se, že důvodem může být fakt, že jedinci žijí s oběma vlastními rodiči, tzn. v úplných rodinách.

Graf 7 ukazuje studijní výsledky respondentů. Jde o subjektivní posouzení vlastních studijních výsledků samotnými respondenty.



(Graf 7 – Studijní výsledky)

Z grafu je patrné, že ve vzorku převažují respondenti, kteří mají průměrné studijní výsledky ($n = 171$). Obě skupiny jsou také poměrně homogenní.

Tabulka 12 – Studijní výsledky

Studijní výsledky	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Výborné, mám vyznamenání	60	28.57	74	35.58	134	32.06
Velmi dobré	47	22.38	44	21.15	91	21.77
Průměrné	93	44.28	78	37.5	171	40.91
Dostačující, snažím se nepropadnout	9	4.29	11	5.29	20	4.78
Velmi špatné (propadám)	1	0.48	1	0.48	2	0.48
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka 12 ukazuje, že ve vzorku převažují respondenti s průměrnými studijními výsledky (40.91 %). Další nejpočetnější skupinou, jsou respondenti s výbornými studijními výsledky, kteří mají vyznamenání (32.06 %). Nejméně početnou skupinou jsou respondenti, kteří uvedli špatné studijní výsledky (propadám), (0.48 %), v každé skupině byl pouze jeden.

8.3.3 Výsledky první fáze výzkumu

V této části práce jsou prezentovány výsledky v oblasti specifických protidrogových kompetencí respondentů rozdělené do jednotlivých oblastí a také dosavadní zkušenost respondentů s drogou.

8.3.3.1 Okruh A: Znalostní kompetence

Okruh zjišťoval specifické znalosti ohledně vlivu THC a konopných látek zejména na zdraví a rozvoj závislostí. V dotazníku je tato kompetence sledována položkami č. 8–17.

K danému testování byly stanoveny statistické (nulová a alternativní) hypotézy a také hypotéza věcná pro znalostní kompetenci. Nulovou hypotézu lze vymezit tak, že střední hodnoty u obou zkoumaných proměnných se neliší, alternativní hypotéza tuto diferenci připouští. Věcná hypotéza vychází z předpokladu, že účastníci programu by měli prokázat lepší kompetence v oblasti znalostí.

Hypotézy:

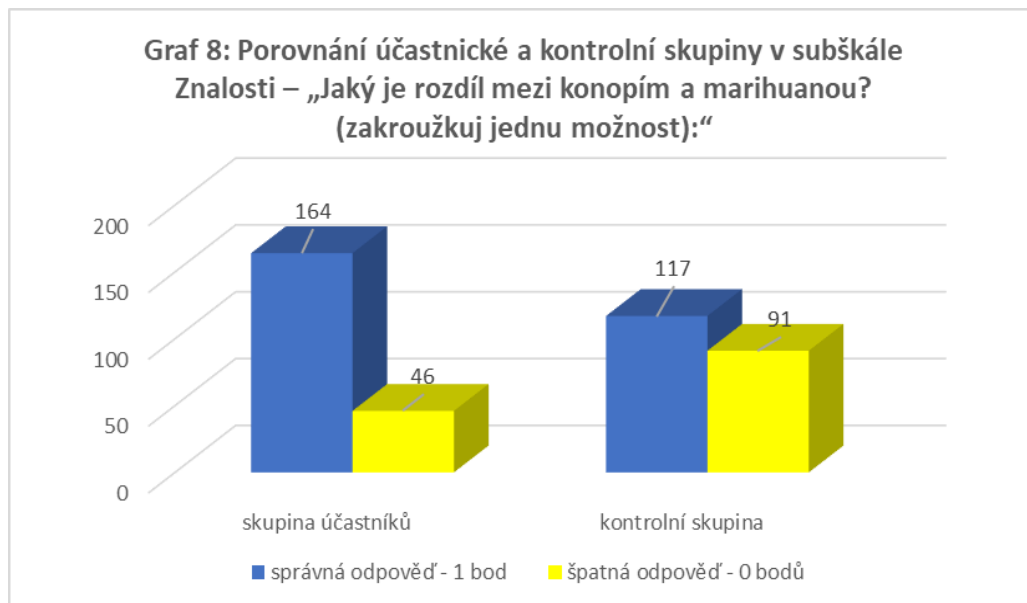
H₁₀: Úroveň znalostní kompetence se u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny neliší.

H_{1A}: Úroveň znalostní kompetence se u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny liší.

H_{1 v}: Úroveň znalostní kompetence se u respondentů ze skupiny účastníků programu primární prevence bude vyšší než úroveň znalostí kontrolní skupiny.

Testována byla oboustranná hypotéza, která přepokládá, že medián, resp. součet pořadí hodnot v jednotlivých skupinách se neliší (skupina 1 $\neq$ skupina 2). Pro vyhodnocení testu byla proto užita v souladu s doporučením pro oboustranné hypotézy vždy vyšší z dosažených hodnot U testu (tato hodnota je zanesena v tabulkách). Pro posouzení věcné hypotézy byly porovnány U hodnoty obou skupin, resp. součet pořadí (rank-sum) těchto skupin a bylo rozhodnuto, která skupina dosáhla lepšího výsledku v posuzovaných kompetencích.

Graf 8 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti u položky 8.



(Graf 8 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – položka č. 8)

Z grafu je patrné, že skupina účastníků zvolila správnou odpověď častěji ($n = 164$) než skupina kontrolní ($n = 117$). U obou skupin převažovalo zvolení správné odpovědi nad špatnou.

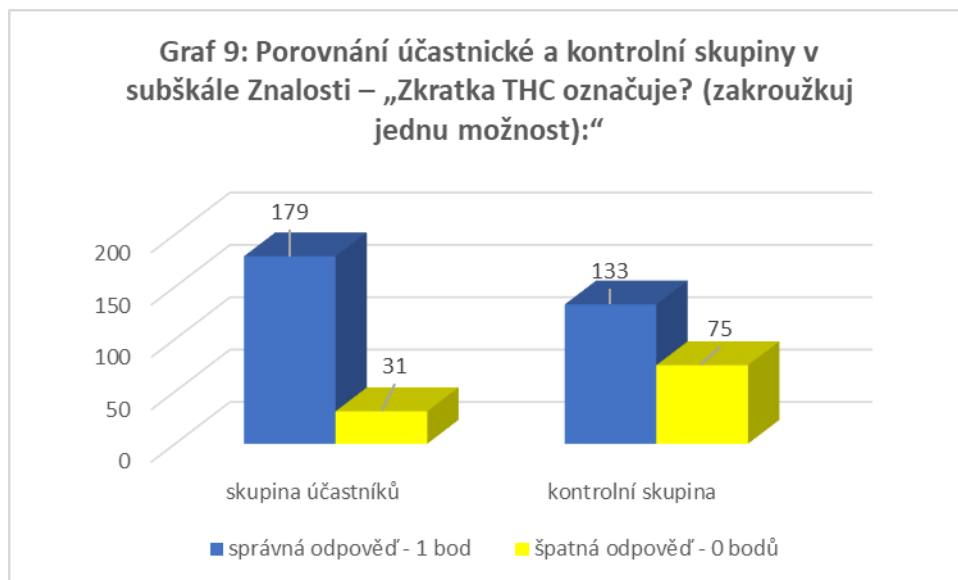
Tabulka 13 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 8: „Jaký je rozdíl mezi konopím a marihuanou? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .414	1 ± .497	U = 26611 Z = 4.751	p < .001***	r = .23

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 8 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi účastníky programu ($Mdn = 1$) a kontrolní skupinou ($Mdn = 1$), $U = 26611$, $z = 4.751$, $p < .001$, a to se slabým efektem účinku ($r = .23$). Z p-hodnoty plyne, že naměřené U (testové kritérium) je větší než kritická hodnota pro distribuční funkci U rozdělení, zamítám H_{10} a přijímám H_{1A} . Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H_{1V}), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď, součet pořadí sledované veličiny (získaných bodů) u ní dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny.

Graf 9 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 9.



(Graf 9 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Z grafu je patrné, že ze skupiny účastníků zvolilo správnou odpověď 179 respondentů a 31 špatnou odpověď. U kontrolní skupiny zvolilo 133 respondentů správnou odpověď a 75 špatnou odpověď. Skupina účastníků tedy volila správnou odpověď častěji než skupina kontrolní.

Pro zjištění rozdílu střední hodnoty byl proveden Mann Whitney U-test.

Tabulka 14 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 9: „Zkratka THC označuje? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .355	1 ± .481	U = 26491 Z = 4.997	p < .001***	r = .24

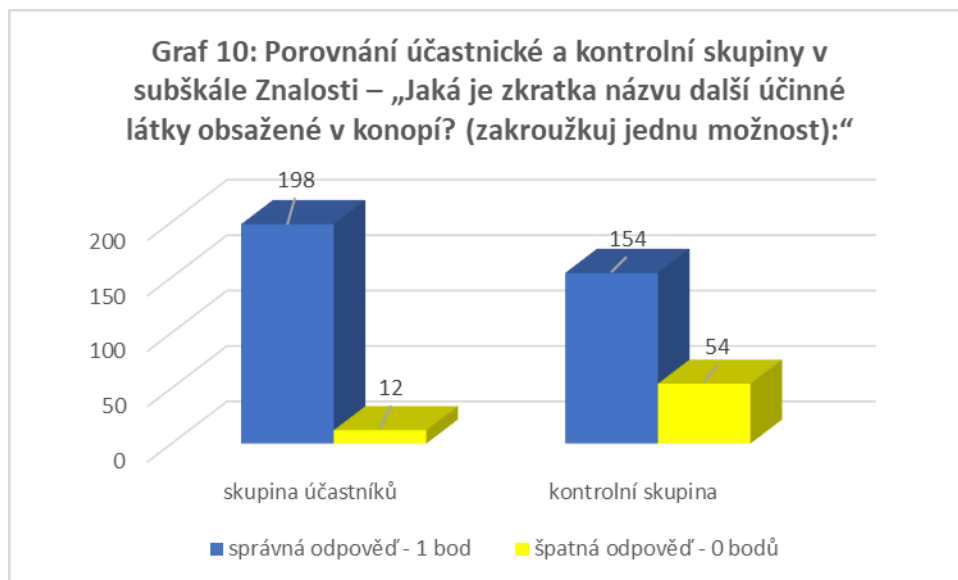
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 9 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 1), $U = 26491$, $z = 4.997$, $p < .001$, a to se slabým efektem účinku ($r = .24$). Prokázal se statisticky významný rozdíl mezi hodnotami souboru účastníků a kontrolní skupiny, a to opět ve prospěch skupiny účastníků.

Z p-hodnoty plyne, že naměřené U (testové kritérium) je větší než kritická hodnota pro distribuční funkci U rozdělení, zamítám H_{10} a přijímám H_{1A} . Výsledek opravňuje

přijmout i věcnou hypotézu (H1v), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď, součet pořadí sledované veličiny (získaných bodů) u ní dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny.

Graf 10 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 10.



(Graf 10 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Graf ukazuje, že ze skupiny účastníků zvolilo správnou odpověď 198 respondentů a 12 špatnou odpověď. U kontrolní skupiny zvolilo 154 respondentů správnou odpověď a 54 špatnou odpověď. Skupina účastníků tedy volila správnou odpověď častěji než skupina kontrolní, u obou skupin však převažují správné odpovědi nad špatnými.

Tabulka 15 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 10: „Jaká je zkratka názvu další účinné látky obsažené v konopí? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

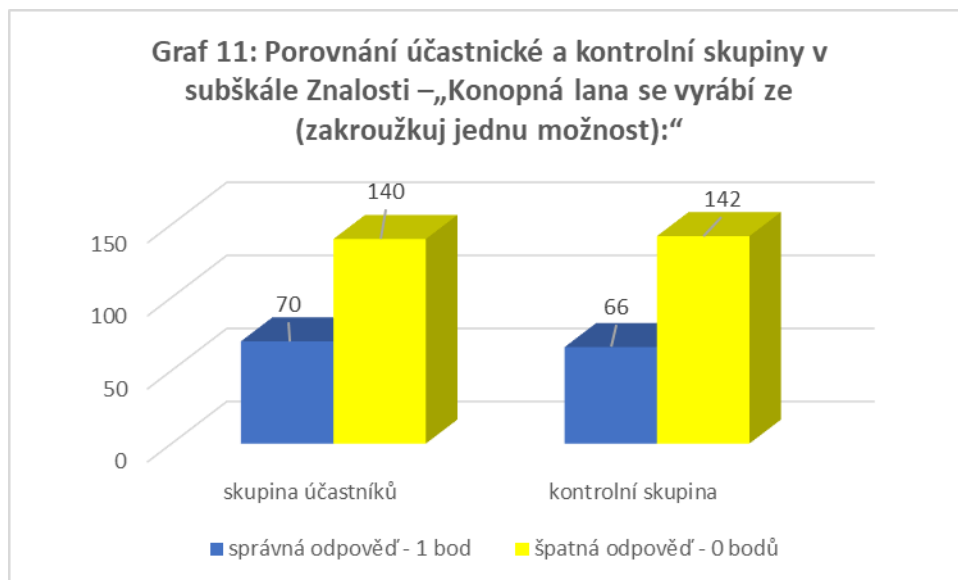
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .233	1 ± .439	U = 26262 Z = 5.668	p < .001***	r = .28

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 10 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 1), U = 26262, z = 5.668, p < .001, a to se slabým efektem účinku (r = .28). Z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (naměřené U) je větší než kritická

hodnota pro U rozdělení. Zamítám H_{10} a přijímám H_{1A} . Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H_{1V}), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď, neboť součet pořadí sledované veličiny u ní dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny.

Graf 11 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 11.



(Graf 11 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Z grafu je patrné, že u obou skupin převažuje špatná odpověď nad správnou. Ze skupiny účastníků zvolilo správnou odpověď pouze 70 respondentů, u kontrolní skupiny zvolilo správnou odpověď pouze 66 respondentů. Úroveň znalostí u této otázky se u obou skupin tedy ukázala slabá (respondenti u obou skupin většinou chybovali).

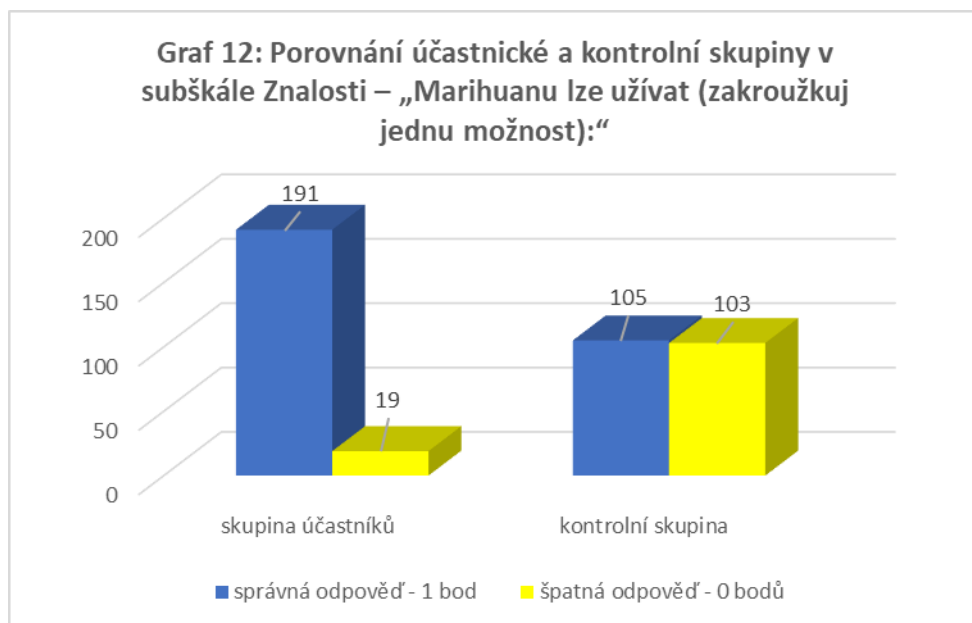
Tabulka 16 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 11: „Konopná lana se vyrábí ze (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
0 ± .472	0 ± .466	U = 22190 Z = 0.348	p = .73	r = .017
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***				

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 11 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků ($Mdn = 0$) a kontrolní skupiny ($Mdn = 0$), $U = 22190$, $z = 0.348$, $p = .73$, a to se slabým efektem účinku ($r = .017$). Z p-hodnoty plyne, že kritická hodnota testu pro U distribuci je menší než

testové kritérium. Nezamítám H_{10} – rozdíl mezi skupinou účastníků a kontrolní není statisticky významný. Úroveň znalostí obou skupin se ukázala jako slabá, medián 0 naznačuje, že respondenti obou skupin většinou chybovali. Příčinou může být fakt, že jde o poměrně specifickou znalost. Věcná hypotéza se nepotvrdila.

Graf 12 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 12.



(Graf 12 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Graf ukazuje, že skupina účastníků volila správnou odpověď častěji než skupina kontrolní. U obou skupin však převažují správné odpovědi nad špatnými. U kontrolní skupiny je však rozdíl mezi správnou ($n = 105$) a špatnou ($n = 103$) odpovědí nepatrný.

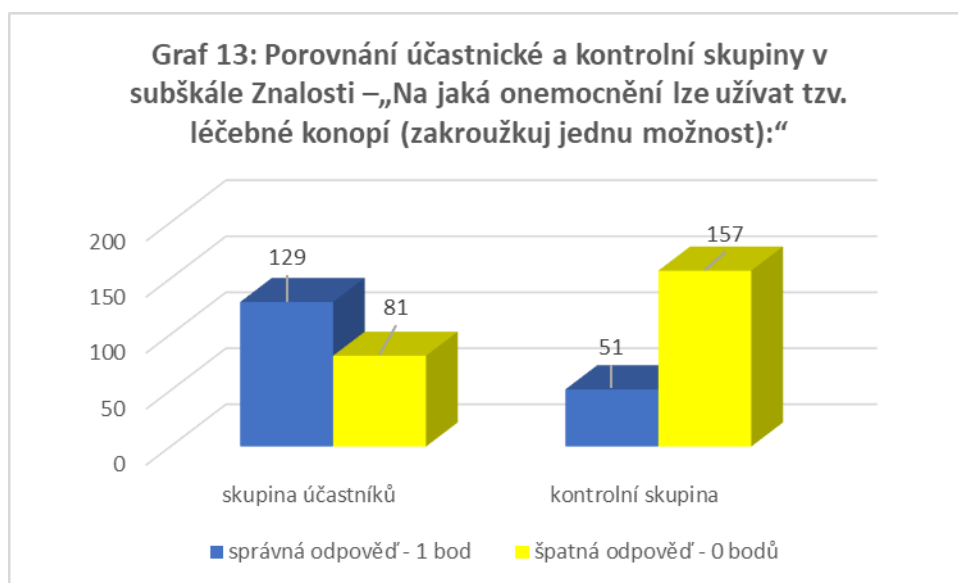
Tabulka 17 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 12: „Marihuanu lze užívat (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .29	1 ± .77	U = 30478 Z = 8.878	p < .001***	r = .43
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***				

Mann Whitney U-test prokázal v položce č. 12 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 1), $U = 30478$, $z = 8.878$, $p < .001$, a to se středním efektem účinku ($r = .43$). Z p-hodnoty plyne, že

testové kritérium (naměřené U) je větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H_{10} a přijímám H_{1A} . Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H_{1V}), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď, neboť součet pořadí sledované veličiny (získaných bodů) u ní dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny, přesvědčivý je také effect size.

Graf 13 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 13.



(Graf 13 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Z grafu je vizuálně patrné, že skupina účastníků volila správnou odpověď ($n = 129$). Kontrolní skupina naopak volila častěji špatnou odpověď ($n = 157$), což znamená, že u kontrolní skupiny respondenti v této otázce většinou chybovali výrazně více než účastníci programu.

Tabulka 18 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 13: „Na jaká onemocnění lze užívat tzv. léčebné konopí (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

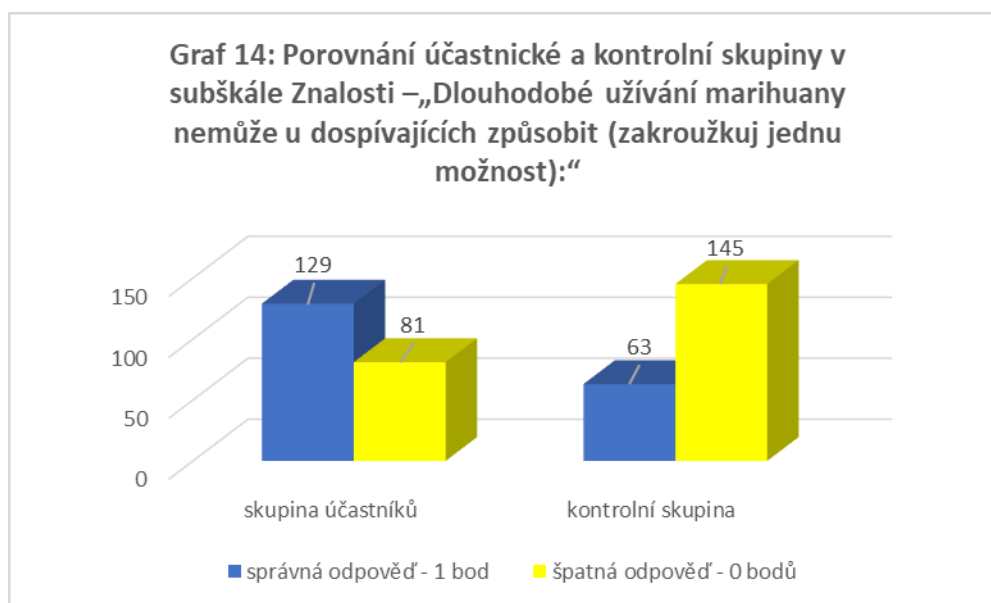
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .487	0 ± .431	U = 29901 Z = 7.761	p < .001***	r = .37

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 13 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků ($Mdn = 1$) a kontrolní skupiny ($Mdn = 0$), $U = 29901$, $z = 7.761$, $p < .001$, a to se středním efektem účinku ($r = .37$). Z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (naměřené U) je větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H_{10}

a přijímám H1_A. Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H1_V), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď, v tomto případě je to patrné i z rozdílného mediánu, což nebývá zcela běžné. Skupina účastníků volila správnou odpověď častěji než skupina kontrolní. Respondenti z kontrolní skupiny v této otázce většinou chybovali (medián 0).

Graf 14 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 14.



(Graf 14 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Z grafu je vizuálně patrné, že skupina účastníků volila správnou odpověď ($n = 129$). Kontrolní skupina naopak volila častěji špatnou odpověď ($n = 145$), což znamená, že u kontrolní skupiny respondenti v této otázce většinou chybovali.

Tabulka 19 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 14: „Dlouhodobé užívání marihuany nemůže u dospívajících způsobit (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

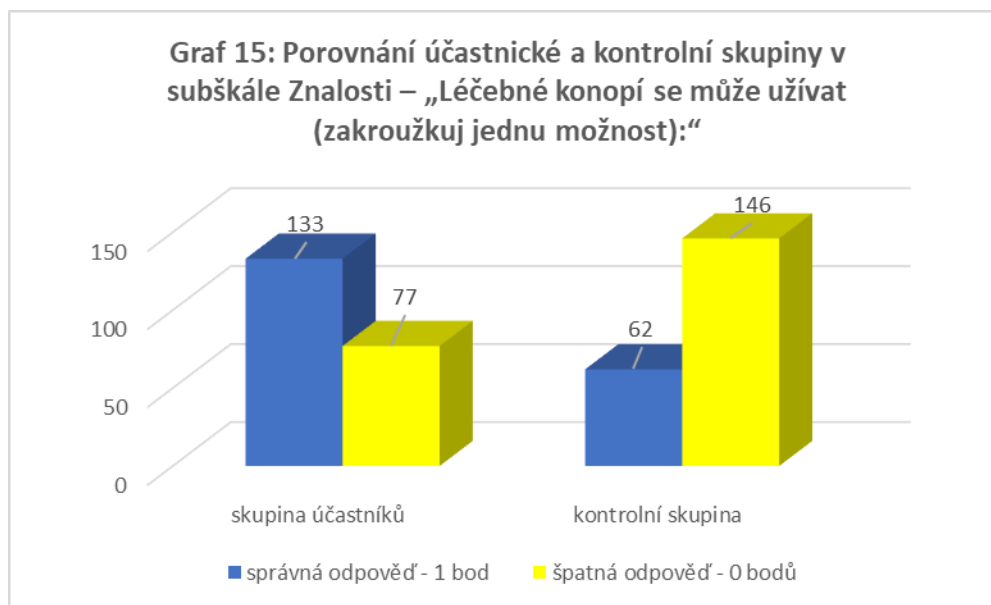
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .49	0 ± .46	U = 28641 Z = 6.379	p < .001***	r = .31

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 14 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 0), $U = 28641$, $z = 6.379$, $p < .001$, a to se středním efektem účinku ($r = .31$). Z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (naměřené U) je větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H1₀

a přijímám H1_A. Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H1_V), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď než skupina kontrolní.

Graf 15 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 15.



(Graf 15 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Z grafu je patrné, že skupina účastníků volila správnou odpověď ($n = 133$). Kontrolní skupina naopak volila častěji špatnou odpověď ($n = 146$), což znamená, že u kontrolní skupiny respondenti v této otázce většinou chybovali.

Tabulka 20 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 15: „Léčebné konopí se může užívat (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

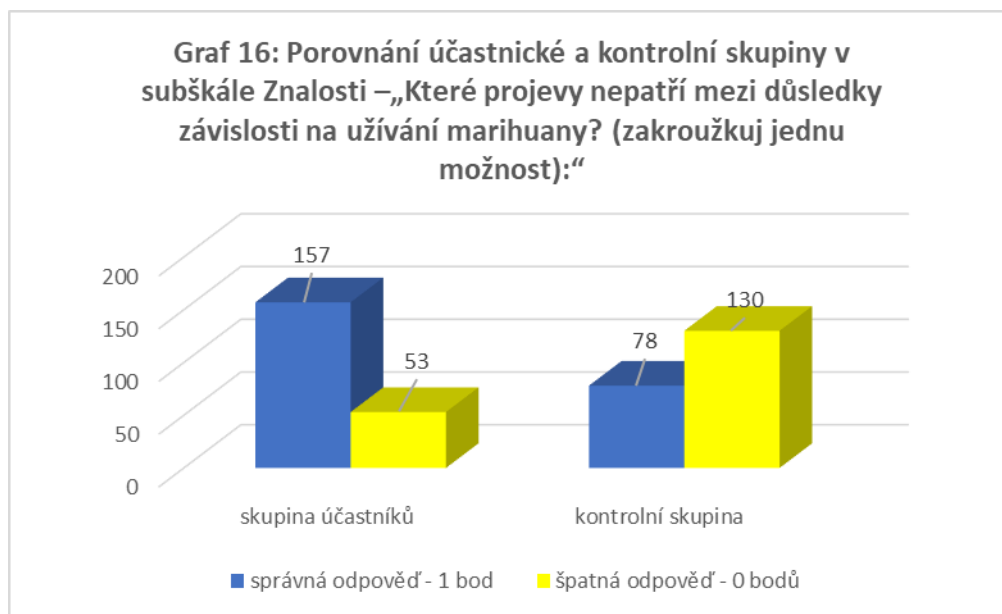
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .483	0 ± .458	U = 29162 Z = 6.861	p <.001***	r = .34

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 15 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 0), $U = 29162$, $z = 6.861$, $p < .001$, a to se středním efektem účinku ($r = .34$). Z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (větší z naměřených U) je u oboustranného testu větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H1₀ a přijímám

H1_A. Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H1_V), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď než skupina kontrolní.

Graf 16 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 16.



(Graf 16 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Z grafu vyplývá, že skupina účastníků volila výrazně často správnou odpověď ($n = 157$), kdežto kontrolní skupina naopak volila častěji špatnou odpověď ($n = 130$).

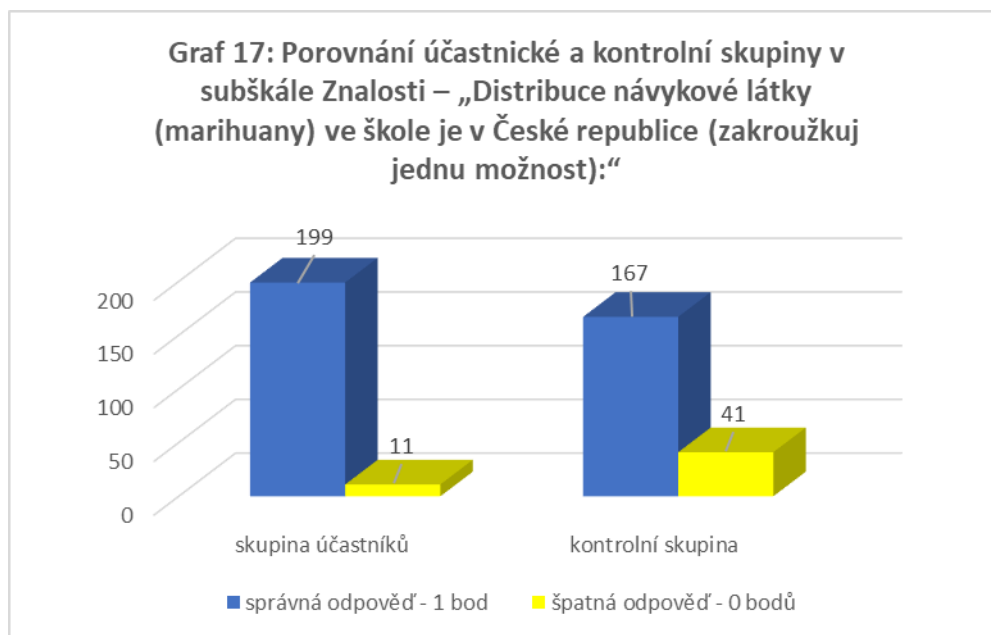
Tabulka 21 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 16: „Které projevy nepatří mezi důsledky závislosti na užívání marihuany? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .435	0 ± .485	U = 29978 Z = 7.668	p <.001***	r = .38

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 16 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 0), $U = 29978$, $z = 7.668$, $p < .001$, a to se středním efektem účinku ($r = .38$). Z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (větší z naměřených U) je u oboustranného testu větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H1₀ a přijímám H1_A. Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H1_V), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď než skupina kontrolní.

Graf 17 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále znalosti, položka 17.



(Graf 17 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti)

Graf ukazuje, že z celkového počtu účastníků u obou skupin ($n = 418$) převažují správné odpovědi nad špatnými. Skupina účastníků však volila správnou odpověď častěji ($n = 199$) než kontrolní skupina ($n = 167$).

Tabulka 22 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 17: „Distribuce návykové látky (marihuany) ve škole je v České republice (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .223	1 ± .398	U = 25001 Z = 4.476	p < .001***	r = .22

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 17 statisticky významný rozdíl mezi souborem účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupinou (Mdn = 1), $U = 25001$, $z = 4.476$, $p < .001$, a to se slabým efektem účinku ($r = .22$). Z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (větší z naměřených U) je u oboustranného testu větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H_{10} a přijímám H_{1A} . Výsledek opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H_{1v}), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď než skupina kontrolní.

Závěry k porovnání znalostní kompetence a zodpovězení DVO1

V dotazníku je kompetence sledována položkami č. 8–17, přičemž ve všech otázkách, kromě otázky 11, Mann Whitney U-test indikoval na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků a kontrolní skupiny, a to ve prospěch skupiny účastníků. V otázce číslo 11 selhala jak skupina účastníků, tak kontrolní skupina.

Níže uvádím tabulku 23, která ukazuje celkové porovnání kontrolní skupiny a skupiny účastníků v subškále znalosti.

Tabulka 23 – Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
7 ± 1.45	5 ± 1.87	U = 37408 Z = 12.73	p <.001***	r = .62

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Celkové porovnání 210 respondentů, kteří prošli programem (Mdn = 7, SD = 1.45) a 208 respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 5, SD = 1.87) ukazuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, $U = 37408$, $Z = 12.733$, $p < .001$, a to s velkým efektem účinku ($r = .62$). V rámci celkového porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále znalostní kompetence z p-hodnoty plyne, že testové kritérium (větší z naměřených U) je u oboustranného testu větší než kritická hodnota pro U rozdělení. Zamítám H_{10} a přijímám H_{1A} . Výsledek také opravňuje přijmout i věcnou hypotézu (H_{1V}), skupina účastníků volila častěji správnou odpověď než skupina kontrolní.

Ve vztahu k DVO1 (Existuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostní kompetence u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny) tedy docházím k závěru, že tento rozdíl mezi volbami souboru účastníků a kontrolní skupiny existuje, a to ve prospěch skupiny účastníků, která má i vyšší medián (Mdn = 7). Je tedy patrné, že skupina účastníků si vedla lépe v otázkách týkajících se znalostí než skupina kontrolní. Effect size také přesvědčivě naznačuje, že program je v hodnocené oblasti silně efektivní ($r = .62$).

Je ale třeba ocenit i znalosti respondentů z kontrolní skupiny, kteří také poměrně často volili v jednotlivých položkách správnou odpověď. Nicméně selhali ($Mdn = 0$) oproti skupině účastníků v položkách 13, 14, 15 a 16, které jsou z hlediska dopadu drogy na zdraví dospívajících klíčové. Také si vedli hůře v otázce 27, která zjišťovala právní povědomí z oblasti distribuce drog ve škole.

8.3.3.2 Okruh B: Kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání

Tato část dotazníku zjišťovala ochotu účastníků zvolit takovou strategii jednání, která bude spojena s odmítnutím drogy. Nabídky voleb odpovědí byly strukturovány tak, že za nej kvalitnější byla považována asertivní reakce na nabídku drogy, následovala reakce vysvětlující, dále pak reakce vyhýbavá / úniková a reakce drogu přijímající. S daty proto bylo možno pracovat jako s kvalitativními (nominálními) i jako s ordinálními proměnnými (na škále, kdy nej kvalitnější reakce = 1, nejméně kvalitní = 5).

Pro zjištění vztahů mezi proměnnými byl zvolen Pearsonův test nezávislosti chí-kvadrát v kontingenční tabulce, kdy ověřovaným znakem byla účast na programu. Podmínkou výpočtu bylo, že očekávané četnosti splní podmínku alespoň 5 ve 20 % polí kontingenční tabulky a žádná očekávané četnost nebude menší než 1 (Chrásková, 2007, s. 78). Pro porovnání účastnické skupiny a kontrolní byla provedena sumace položek a součet pořadí jednotlivých hodnot byl porovnán pomocí Mann Whitney U-testu.

V dotazníku je kompetence reagování na drogu volbou vhodné strategie jednání sledována položkami č. 18–25.

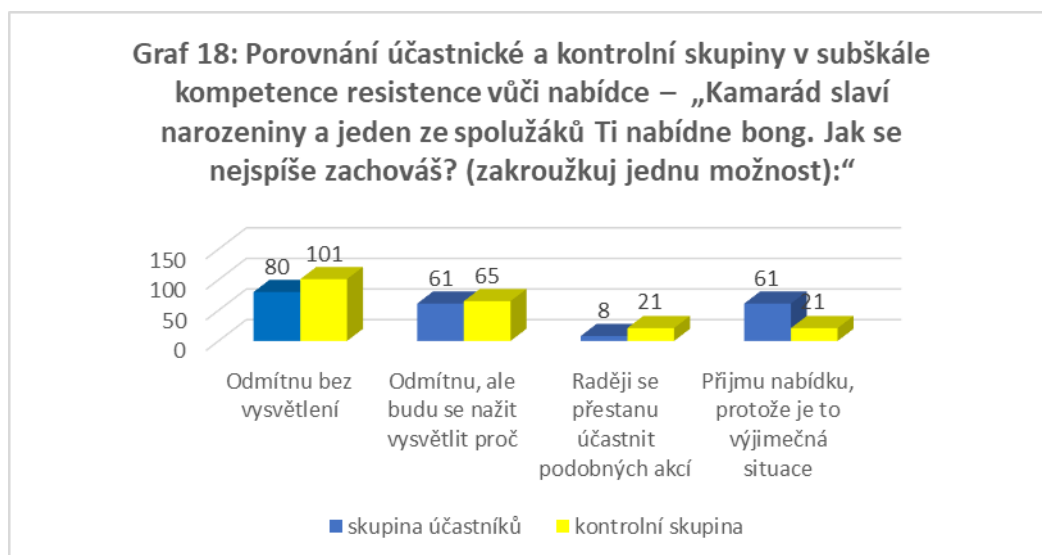
K danému testování byla stanovena nulová, alternativní hypotéza i věcná hypotéza:

H_{20} : Úroveň kompetence resistance vůči nabídce u respondentů nezávisí na absolvování kursu primární prevence

H_{2A} : Úroveň kompetence resistance vůči nabídce u respondentů závisí na absolvování kursu primární prevence

H_{2v} : Úroveň kompetence resistance vůči nabídce u respondentů ze skupiny účastníků programu primární prevence bude vyšší než úroveň u kontrolní skupiny.

Graf 18 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka 18 pro respondenty zněla: „Kamarád slaví narozeniny a jeden ze spolužáků Ti nabídne bong. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 18 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost odmítnu bez vysvětlení ($n = 181$), přičemž ze skupiny účastníků tuto možnost zvolilo 80 respondentů (38.09 %), a z kontrolní skupiny 101 respondentů (48.56 %). Naopak nejméně zvolenou možností byla u skupiny účastníků odpověď „raději se přestanu účastnit podobných akcí“ ($n = 8$). U kontrolní skupiny byly dvě nejméně zvolené možnosti se shodným počtem respondentů ($n = 21$) „raději se přestanu účastnit podobných akcí“ a „přijmu nabídku, protože je to výjimečná situace“. U účastníků získala téměř 30 % ($n = 61$) volba „přijmu nabídku, protože je to výjimečná situace“, oproti 10 % ($n = 61$) u kontrolní skupiny.

Tabulka 24a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 18: „Kamarád slaví narozeniny a jeden ze spolužáků Ti nabídne bong. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději se přestanu účastnit podobných akcí	Přijmu nabídku, protože je to výjimečná situace	Celkem
Účastníci	Četnosti skutečné					
	(očekávané)	80 (90,93)	61 (63.3)	8 (14.57)	61 (41.2)	210
	%	38.09 %	29.05 %	3.81 %	29.05 %	100 %
Kontrolní	Četnosti skutečné					
	(očekávané)	101(90.07)	65 (62.7)	21(14.43)	21 (40.08)	208
	%	48.56 %	31.25 %	10.09 %	10.09 %	100 %
Celkem N		181	126	29	82	418
Celkem %		43.30 %	30.14 %	6.94 %	19.62 %	100 %

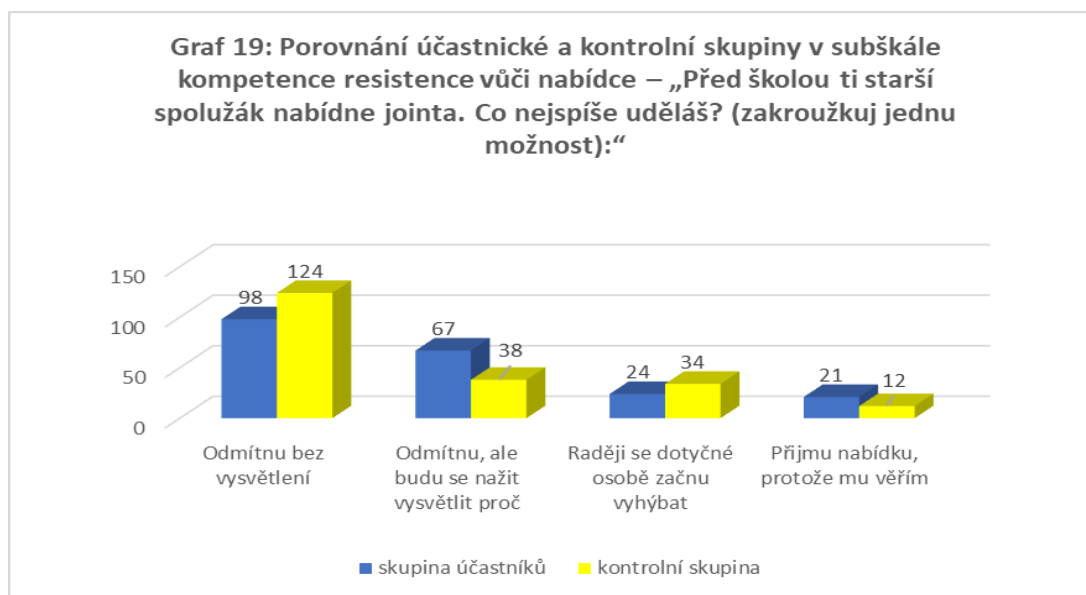
Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. Na základě testu zamítáme H_{20} , neboť $X^2(3, N = 418) = 27.89$, $p < .001$, Cramerovo $V = .26$. Analýza výsledků však neopravňuje přijmout H_{2v} neboť v první a poslední položce skórovali účastníci oproti očekávaným četnostem výrazně jinak. Rozdíl ve volbách je ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky víc asertivní postoj (odmítnu bez vysvětlení). Také byla méně ochotná přijmou nabídku drogy oproti kontrolní skupině. Tento závěr je potvrzen také U-testem, jak ukazuje Tabulka 24a. V Tabulce 24b (a všech dalších v této skupině kompetencí) je místo směrodatné odchylky (SD) uveden součet pořadí (runk-sum, RS), aby závěr byl na první pohled patrný).

Tabulka 24b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 18: „Kamarád slaví narozeniny a jeden ze spolužáků Ti nabídne bong. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
2 ± 47798	2 ± 39773	U =25643 Z = 3.28	p =.001***	r = .16
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***				

Výsledek neopravňuje přijmout věcnou hypotézu (H1_v), součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Znamená to vyšší tendenci účastníků programu volit strategie jednání, které nelze označit za asertivní vůči droze (vysvětlující a drogu akceptující).

Graf 19 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „Před školou ti starší spolužák nabídne jointa. Co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 19 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů z obou skupin (n = 418) zvolilo možnost odmítnu bez vysvětlení, přičemž ze skupiny účastníků tuto možnost zvolilo 98 respondentů (46.67 %), a z kontrolní skupiny 124 respondentů (59.61 %). Naopak nejméně zvolenou

možností byla u obou skupin odpověď „přijmu nabídku, protože mu věřím“. Přesto ji volilo 21 respondentů ze skupiny účastníků a 12 ze skupiny kontrolní.

Tabulka 25a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 19: „Před školou ti starší spolužák nabídne jointa. Co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději se dotyčné osobě začnu vyhýbat	Přijmu nabídku, protože mu věřím	Celkem
Účastníci	Četnosti skutečné (očekávané)				21(16.58)	
		98 (111.53)	67 (52.75)	24 (29.14)		210
	%	46.67 %	31.90 %	11.43 %	10 %	100 %
Kontrolní	Četnosti skutečné (očekávané)				12(16.42)	
		124 (110.47)	38 (52.25)	34(28.86)		208
	%	59.61 %	18.27 %	16.35 %	5.77 %	100 %
Celkem N		222	105	58	33	418
Celkem %		53.11 %	25.12 %	13.88 %	7.89 %	100 %

Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu zamítáme, neboť $\chi^2 (3, N = 418) = 15.224$, $p = .002$, Cramerovo $V = .19$. Rozdíl ve volbách je u položky 19 opět ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky více asertivní postoje (odmítnu bez vysvětlení). Zamítáme tedy také věcnou hypotézu, účastníci nejsou odolnější vůči nabídce než kontrolní skupina a nevykazují vyšší ochotu volit jednání odmítající drogu. Výsledek potvrzuje také U-test.

Tabulka 25b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 19: „Před školou ti starší spolužák nabídne jointa. Co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
2 ± 46350	1 ± 41221	U = 24195 Z = 2.09	p = .001***	r = .1

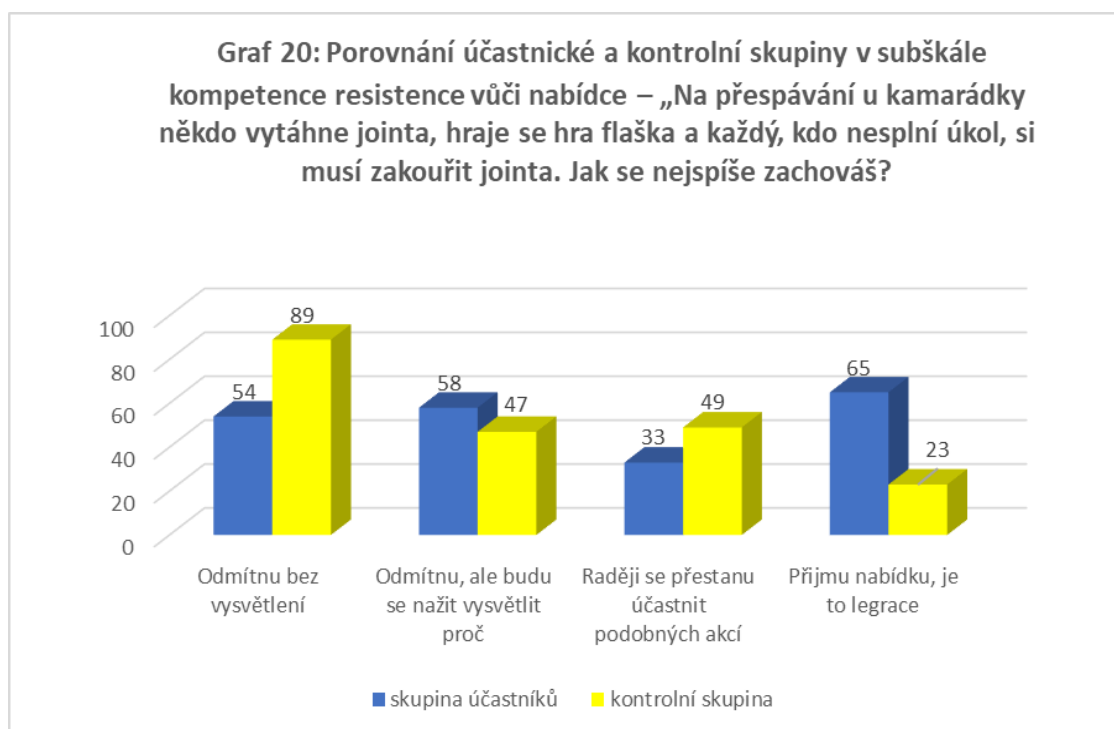
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Znamená to mírně vyšší tendenci volit strategie jednání,

které lze označit za méně asertivní vůči droze (oproti kontrolní skupině zejména vysvětlující a drogu akceptující). Věcná hypotéza o tom, že jejich strategie bude kvalitnější, se tedy nepotvrdila.

Graf 20 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „Na přespávání u kamarádky někdo vytáhne jointa, hraje se hra flaška a každý, kdo nesplní úkol, si musí zakouřit jointa. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z kontrolní skupiny zvolilo možnost „odmítnu bez vysvětlení“ (n = 89 resp. 42.79 %). Naopak ze skupiny účastníků překvapivě zvolilo nejvíce respondentů odpověď „přijmu nabídku, protože je to legrace“ (n = 65, resp. 30.95 %).



(Graf 20 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Tabulka 26a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 20: „Na přespávání u kamarádky někdo vytáhne jointa, hraje se hra flaška a každý, kdo nesplní úkol, si musí zakouřit jointa. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději se přestanu účastnit podobných akcí	Přijmu nabídku, je to legrace	Celkem
Účastníci	Četnosti skutečné				65 (44.21)	
	(očekávané)	54 (71.84)	58 (52.75)	33 (41.2)		210
	%	25.71 %	27.62 %	15.71 %	30.95 %	100 %
Kontrolní	Četnosti skutečné				23 (43.79)	
	(očekávané)	89 (71.16)	47 (52.25)	49 (40.8)		208
	%	42.79 %	22.59 %	23.56 %	11.06 %	100 %
Celkem N		143	105	82	88	418
Celkem %		34.21 %	25.12 %	19.62 %	21.05 %	100 %

Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. H_0 opět zamítáme, neboť $X^2(3, N = 418) = 32.8774$, $p < .001$, Cramerovo $V = .28$. Rozdíl ve volbách je u položky 20 ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky více asertivní postoje (odmítnu bez vysvětlení). U skupiny účastníků získala téměř 31 % volba „přijmu nabídku, protože je to legrace“, oproti 11 % volby u kontrolní skupiny. Zamítáme též věcnou hypotézu, neboť účastníci programu nevykazují vyšší ochotu volit jednání odmítající drogu než účastníci kontrolní skupiny. Závěr potvrdil také U-test (Tabulka 26b).

Tabulka 26b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 20: „Na přespávání u kamarádky někdo vytáhne jointa, hraje se hra flaška a každý, kdo nesplní úkol, si musí zakouřit jointa. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

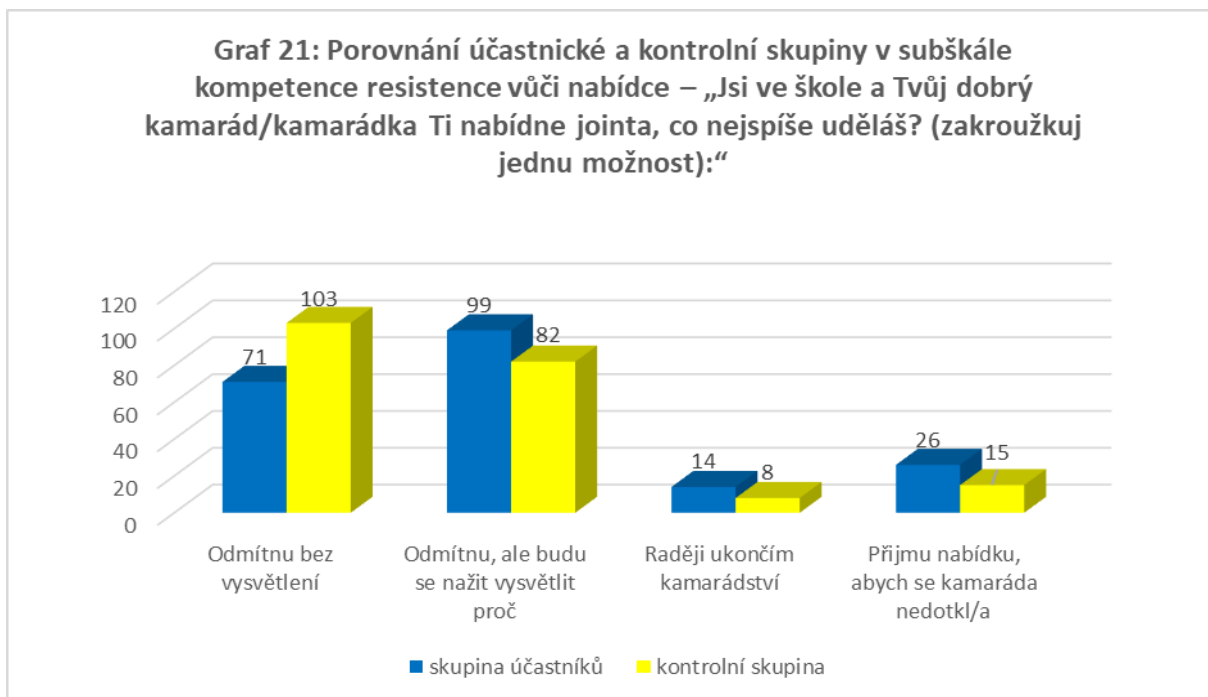
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk = p < .001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
2 ± 49084	2 ± 38487	U = 26929 Z = 4.28	p = .001***	r = .21

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Znamená to mírně vyšší tendenci volit strategie jednání,

které lze označit za méně asertivní vůči droze (oproti kontrolní skupině opět zejména vysvětlující a drogu akceptující). Věcnou hypotézu je nutné zamítnout.

Graf 21 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „Jsi ve škole a Tvůj dobrý kamarád/kamarádka Ti nabídne jointa, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 21 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Z grafu vyplývá, že nejméně volenou možností u obou skupin respondentů je odpověď „raději ukončím kamarádství“. Zajímavým zjištěním je, že rozdíl ve volbách je u této položky ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky více asertivní postoje (odmítnu bez vysvětlení). Skupina účastníků volila častěji odpověď „odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč.“

Tabulka 27a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 21: „Jsi ve škole a Tvůj dobrý kamarád/kamarádka Ti nabídne jointa, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději ukončím kamarádství	Přijmu nabídku, abych se kamaráda nedotkl/a	Celkem
Účastníci	Četnosti skutečné				26 (20.6)	
	(očekávané)	71 (87.42)	99 (90.93)	14 (11.05)		210
	%	33.81 %	47.14 %	6.67 %	12.38 %	100 %
Kontrolní	Četnosti skutečné				15 (20.4)	
	(očekávané)	103 (86.58)	82 (90.07)	8 (10.95)		208
	%	49.52 %	39.42 %	3.85 %	7.21 %	100 %
Celkem N		174	181	22	41	418
Celkem %		41.63 %	43.30 %	5.26 %	9.81 %	100 %

Z Tabulky 27a plyne, že u skupiny účastníků získala 12 % volba „přijmu nabídku, abych se kamaráda nedotkl/a“, oproti 7 % volby u kontrolní skupiny. Co se týká volby „raději ukončím kamarádství“, ta byla nejméně volenou možností u obou skupin respondentů, u skupinu účastníků má pouze 6.67 % a u kontrolní skupiny 3.85 %. Důvodem může být fakt, že přátelství je v období dospívání pro mnohé jedince důležitější než vztah k rodičům či ostatním autoritám.

Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. $X^2(3, N = 418) = 12.06$, $p = .007$, Cramerovo $V = .17$. H_0 opět zamítám. Zamítám také věcnou hypotézu, neboť účastníci programu nevykazují vyšší ochotu odmítnout drogu než účastníci kontrolní skupiny. Také U-test tento výsledek konfirmoval, jak ukazuje Tabulka 27b.

Tabulka 27b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 21: „Jsi ve škole a Tvůj dobrý kamarád/kamarádka Ti nabídne jointa, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
2 ± 49084	2 ± 38487	U = 26929 Z = 4.28	p = .001***	r = .21

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Znamená to mírně vyšší tendenci volit strategie jednání,

které lze označit za méně asertivní vůči droze (oproti kontrolní skupině opět zejména vysvětlující a drogu akceptující).

Graf 22 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „V partě, do které patříš, si všichni zapálí jointa a čekají, že se také přidáš, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 22 –Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Z grafu je vizuálně patrné, že rozdíl ve volbách je u této položky opět ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky více asertivní postoje (odmítnu bez vysvětlení, $n = 99$). Skupina účastníků volila častěji odpověď „odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč“ ($n = 71$).

Tabulka 28a– Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 22: „V partě, do které patříš, si všichni zapálí jointa a čekají, že se také přidáš, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději přestanu do party chodit	Přijmu nabídku, jinak bych se znemožnil/a	Celkem
Účastníci	Četnosti skutečné				45(31.65)	
	(očekávané)	63(81.39)	71 (61.29)	31 (35.67)		210
	%	30 %	33.81 %	14.76 %	21.43 %	100 %
Kontrolní	Četnosti skutečné				18 (31.35)	
	(očekávané)	99 (80.61)	51 (60.71)	40 (35.33)		208
	%	47.60 %	24.52 %	19.23 %	8.65 %	100 %
Celkem <i>N</i>		162	122	71	63	418
Celkem %		38.75 %	29.19 %	16.99 %	15.07 %	100 %

Je překvapivé, že u skupiny účastníků získala 21.43 % volba „přijmu nabídku, jinak bych se znemožnil/a“, oproti 8.65 % volby u kontrolní skupiny. Co se týká volby „raději přestanu do party chodit“, ta byla nejméně volenou možností u skupiny účastníků 14.76 %.

Poměrně často volenou odpovědí u účastníků (přes 20 %) byla možnost „přijmu nabídku, jinak bych se znemožnil/a“. Důvodem může být, že kamarád či kamarádka a ostatní vrstevníci jsou pro dospívající velice důležitou sociální oporou. Skupinová identita nabízí dospívajícím přechodnou fázi v rozvoji osobní identity. Dospívající si určují generační standardy, které jsou znakem příslušnosti ke skupině a jsou striktně vyžadovány. Vrstevníci se tím sobě navzájem stávají neformálními autoritami, které mají značný vliv, a to může vést k tomu, že se jedinec raději přizpůsobí skupině a její identitě.

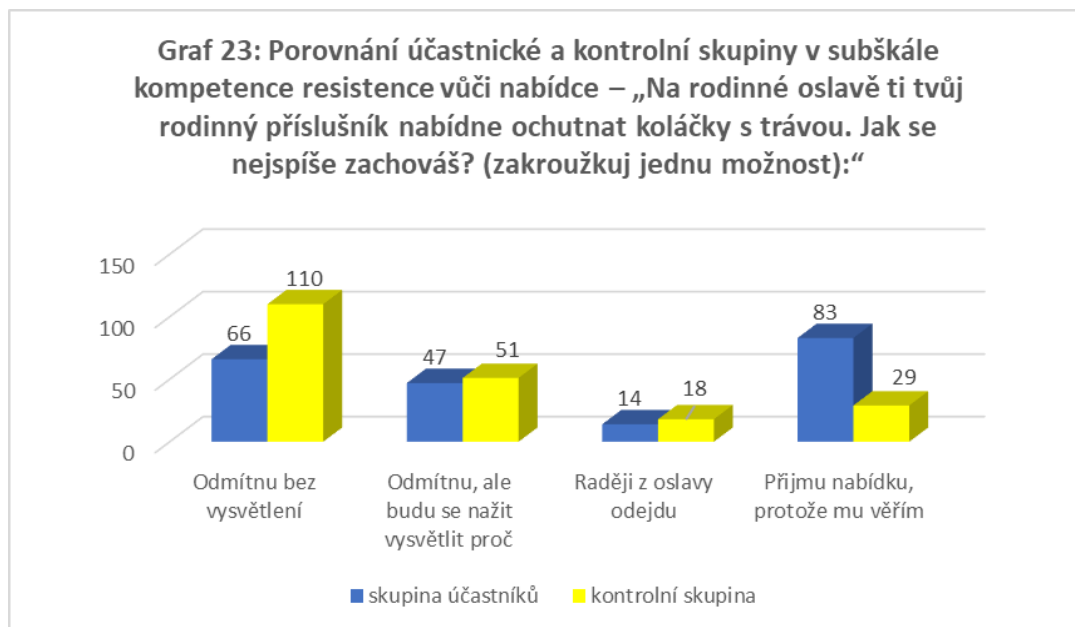
Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. H_{20} je třeba zamítnout, neboť $X^2(3, N = 418) = 23.9819, p < .001$, Cramerovo $V = .24$. Zajímavým zjištěním je, že rozdíl ve volbách je opět u položky 22 ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky více asertivní postoje (odmítnu bez vysvětlení). Z analýzy plyne, že je nutné zamítnout též věcnou hypotézu.

Tabulka 28b– Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 22: „V partě, do které patříš, si všichni zapálí jointa a čekají, že se také přidáš, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
2 ± 48511	2 ± 39060	U = 26356 Z = 3.84	p = .001***	r = .19
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***				

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Opět se ukázala u účastníků programu mírně vyšší tendence volit strategie jednání, které lze označit za méně asertivní vůči droze (oproti kontrolní skupině zejména vysvětlující a drogu akceptující).

Graf 23 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 23 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Z grafu vyplývá, že nejvíce volenou odpovědí u skupiny účastníků je možnost „přijmu nabídku, protože mu věřím“ (n = 83). U kontrolní skupiny je nejvíce volenou odpověď „odmítnu bez vysvětlení“ (n = 110).

Tabulka 29a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 23: „Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději z oslavy odejdu	Přijmu nabídku, protože mu věřím	Celkem
Účastníci	Četnosti skutečné (očekávané)	66(88.42)	47 (49.23)	14 (16.08)	83(56.27)	210
	%	31.43 %	22.38%	6.67 %	39.52 %	100 %
	Četnosti skutečné (očekávané)	110 (87.58)	51 (48.77)	18 (15.92)	29 (55.73)	208
Kontrolní	%	52.88 %	24.52 %	8.65 %	13.94 %	100 %
Celkem N		176	98	32	112	418
Celkem %		42.11 %	23.44 %	7.65 %	26.79 %	100 %

Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. H_{20} zamítám, neboť $X^2 (3, N = 418) = 37.6903, p < .001$, Cramerovo $V = .3$.

Důležitým zjištěním je, že rozdíl ve volbách je opět u položky 23 ve prospěch kontrolní skupiny, tj. tato skupina respondentů volila z nabídky více asertivní postoje (odmítnu bez vysvětlení a odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč). Kontrolní skupina tedy volila více hodnotné volby, naopak skupina účastníků volila nejvíce naprosto nehodnotnou volbu, „přijmu nabídku, protože mu věřím“, a to v téměř 40 %. Důvodem může být, že rodinný příslušník nevnímá konzumaci THC v této podobě jako nebezpečnou, proto nabídne dospívajícím. Dospívající pak v projevu vzájemné sounáležitosti, přátelství a důvěry může nabízený koláček chtít ochutnat, a nevnímá to jako něco nebezpečného – přejímá vzorec z rodiny. Vzhledem k tomu, že kontrolní skupina volila více hodnotné volby než skupina účastníků, zatímco skupina účastníků nevykázala vyšší odhodlání volit jednání odmítající drogu, zamítám věcnou hypotézu. Konfirmační U-test rozhodnutí potvrdil (viz Tabulka 29b).

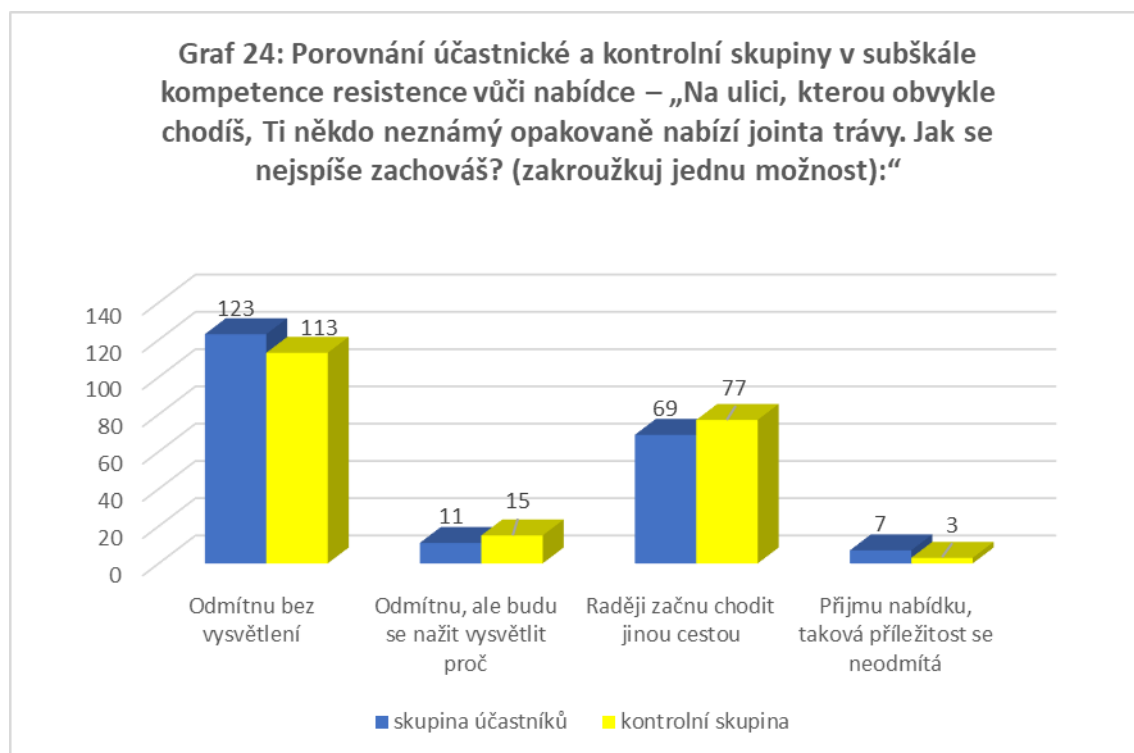
Tabulka 29b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 23: „Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
2 ± 50594	1 ± 36977	U = 28439 Z = 5.65	p = .001***	r = .28

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Znamená to vyšší tendenci volit strategie jednání, které lze označit za méně asertivní vůči droze (oproti kontrolní skupině opět zejména vysvětlující a drogu akceptující). Za zneklidňující je třeba považovat jejich ochotu přijmout drogu v „neškodné“ podobě od rodinného příslušníka.

Graf 24 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „Na ulici, kterou obvykle chodíš, Ti někdo neznámý opakovaně nabízí jointa trávy. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 24 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „odmítnu bez vysvětlení“ (n = 236). Naopak nejméně zvolenou možností z obou skupin je volba „přijmu nabídku, taková příležitost se neodmítá“ (n = 10). Odpověď zvolilo i 7 respondentů ze skupiny účastníků (3.33 %). Jako výrazná se ukázala tendence volit strategii vyhýbavou (69 účastníků a 77 respondentů z kontrolní skupiny).

Tabulka 30a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 24: „Na ulici, kterou obvykle chodíš, Ti někdo neznámý opakovaně nabízí jointa trávy. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději začnu chodit jinou cestou	Přijmu nabídku, taková příležitost se neodmítá	Celkem
účastníci	Četnosti skutečné (očekávané)	123(118.56)	11 (13.06)	69 (73.35)	7(5.02)	210
	%	58.57 %	5.24 %	32.86 %	3.33 %	100 %
Kontrolní	Četnosti skutečné (očekávané)	113 (117.44)	15 (12.94)	77 (72.65)	3 (4.98)	208
	%	54.33 %	7.21 %	37.02 %	1.44%	100 %
Celkem N		236	26	146	10	418
Celkem %		56.46 %	6.22 %	34.93 %	2.39 %	100 %

Z tabulky plyne, že největší četnost v obou skupinách měla odpověď „odmítnu bez vysvětlení“ (57 % u účastníků, 54 % u kontrolní). Zároveň lze říci, že v případě nabídky drogy neznámou osobou na ulici se jeví odpovědnější vyhýbat se rizikovým místům, tato reakce je hodnotnější než vysvětlovat cizí osobě důvody, proč od ní drogy nepřijmu. Volilo ji 33 % účastníků a 37 z kontrolní skupiny.

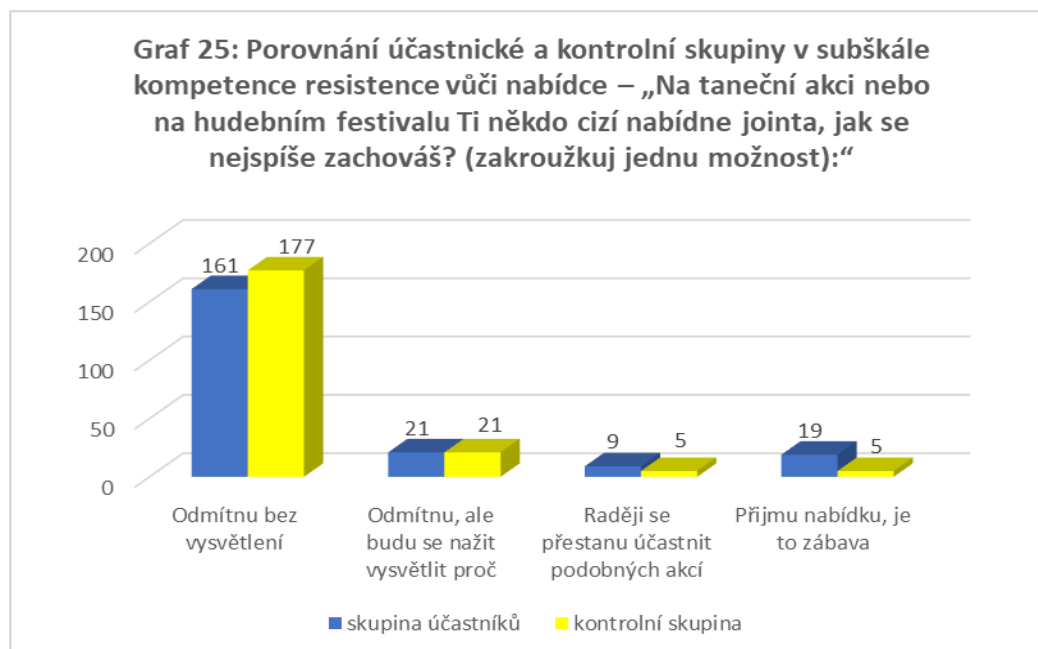
Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. $X^2(3, N = 418) = 3.068, p = .381$, Cramerovo $V = .086$. Přijímám H_{2A} , protože $p\text{-hodnota} > \alpha$. Obě skupiny vykazují hodnotné volby, nelze přijmout ani věcnou hypotézu. Pro confirmaci závěru byl proveden U-test, přičemž položka byla rekódována tak, aby vysvětlující reakce byla hodnocena hůře (nově kód 3) než vyhýbavá lépe (nově kód 2).

Tabulka 30b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 24: „Na ulici, kterou obvykle chodíš, Ti někdo neznámý opakovaně nabízí jointa trávy. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
1 ± 43176	1 ± 44395	U = 22659 Z = -.75	p = .45	r = .037
$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***				

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl sice nižších hodnot než u kontrolní skupiny, není však statisticky signifikantní. Vzhledem k tomu, že medián položky 1, jeví se všichni respondenti v aspektu přijímat drogy na ulici od cizích osob jako vysoce odpovědní. Věcnou hypotézu, že účastníci budou v této kompetenci lepší než kontrolní skupina, nicméně nelze přijmout.

Graf 25 ukazuje porovnání skupiny účastníků a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce. Otázka pro respondenty zněla: „Na taneční akci nebo na hudebním festivalu Ti někdo cizí nabídne jointa, jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 25 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce)

Nejvíce volenou odpovědí je asertivní volba „odmítnu bez vysvětlení“, jak u kontrolní skupiny (n = 177), tak u skupiny účastníků (n = 161). Vysvětlující strategie jednání „odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč“ má shodný počet u obou skupin (n = 21). Varovným zjištěním je, že strategie přijetí drogy je vyšší u skupiny účastníků (n = 19 oproti n = 5).

Tabulka 31a – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 25: „Na taneční akci nebo na hudebním festivalu Ti někdo cizí nabídne jointa, jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

		Odmítnu bez vysvětlení	Odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč	Raději se přestanu účastnit podobných akcí	Přijmu nabídku, je to zábava	Celkem
účastníci	Četnosti skutečné (očekávané)	161(169.81)	21(21.1)	9 (7.03)	19 (12.06)	210
	%	76.66 %	10 %	4.29 %	9.05%	100 %
	Četnosti skutečné (očekávané)	177 (168.19)	21 (20.9)	5 (6.97)	5 (11.94)	208
Kontrolní	%	85.10 %	10.10 %	2.40 %	2.40 %	100 %
Celkem N		338	42	14	24	418
Celkem %		80.86 %	10.05 %	3.35 %	5.74 %	100 %

Zajímavým zjištěním je, že volba „přijmu nabídku, je to zábava“, dosáhla u účastníků téměř 10% zastoupení. U kontrolní skupiny jde pouze o 2,4 %. U skupiny účastníků je nejméně volená vyhybavá strategie „raději se přestanu účastnit podobných akcí“. Nejvíce volenou možností u obou skupin je nicméně volba „odmítnu bez vysvětlení“. Důvodem může být anonymita prostředí a vnímání rizika konzumace drog na akcích tohoto typu.

Pro zjištění závislosti voleb na absolvování programu byl proveden chí kvadrát test nezávislosti. H_{20} zamítám, neboť $X^2(3, N = 418) = 10.0576$, $p = .018$, Cramerovo V = .16. Konfirmaci U-testem ukazuje Tabulka 31b.

Tabulka 31b – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 25: „Na taneční akci nebo na hudebním festivalu Ti někdo cizí nabídne jointa, jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk = p <.001			
Mdn ± RS	Mdn ± RS			
1 ± 46050	1 ± 41521	U = 23895 Z = 2.42	p = .015*	r = .12

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Součet pořadí (rank-sum) sledované veličiny u skupiny účastníků dosáhl vyšších hodnot než u kontrolní skupiny. Znamená to mírně vyšší tendenci volit strategie jednání, které lze označit za méně asertivní vůči droze. Věcnou hypotézu lze vzhledem k nízké hodnotě účinku přijmout, ale obezřetně. Vzhledem k mediánu 1 u obou skupin ale u většiny respondentů převažují vysoce hodnotné volby.

Závěry k porovnání kompetence resistance vůči nabídce a zodpovězení DVO2

V dotazníku byla tato kompetence sledována položkami č. 18–25, které zjišťovaly ochotu respondentů volit strategii jednání, která je spojena s odmítáním drogy. Kromě otázky 24 byla ve všech ostatních položkách zamítnuta nulová hypotéza. Věcná hypotéza, která vyjadřovala předpoklad, že více ochotni volit asertivnější jednání odmítající drogu budou účastníci programu, byla zamítnuta s výjimkou položky 25 ve všech případech. Z toho plyne, že účastníci programu nevolili a neskórovali lépe než respondenti z kontrolní skupiny. Naopak lépe celkově skórovala kontrolní skupina. Celkové porovnání ukazuje Tabulka 37, která tento závěr potvrzuje s využitím Mann Whitney U-testu.

Tabulka 32 – Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
16 ± 5.64	14 ± 4.57	U = 28155 Z = 5.13	p <.001***	r = .25

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Celkové porovnání 210 respondentů, kteří prošli programem (Mdn = 16, SD = 5.64, RS = 50310) a 208 respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 14, SD = 4.57, RS =

37261), ukazuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, $U = 28028.5$, $Z = 5.0258$, $p < .001$, a to se slabým efektem účinku ($r = .25$). Zamítám H_{20} , stejně tak zamítám věcnou hypotézu, neboť rozdíl v mediánech u účastníků a kontrolní skupiny je v neprospěch skupiny účastníků ($Mdn = 16$ versus $Mdn = 14$). Je tedy patrné, že skupina účastníků volila méně odmítavé odpovědi v otázkách týkajících se kompetence resistance vůči nabídce častěji než skupina kontrolní. Volená strategie skupiny účastníků byla spíše vysvětlující/obhajující. U skupiny kontrolní šlo o strategii asertivně odmítající (čím nižší medián, tím lépe).

Rozdíly byly v položkách 18, 19, 20, 21, 22, 23, ve kterých účastníci programu vykazali ochotu přijmout drogu od kamarádů, spolužáků a rodinných příslušníků ve vyšší míře než kontrolní skupina. Stejně tak by byli více ochotni přijmout drogu na tanečním festivalu. Jejich relativně často volená strategie jednání je vysvětlující/obhajující, případně v některých položkách i drogu i přijímající, zatímco u kontrolní skupiny je více asertivně odmítající. Vyhýbavá strategie chování se objevila například v souvislosti s partou, což lze interpretovat tak, že adolescenti nechťejí riskovat konflikt a raději se vyhnou střetu s přáteli. Celkově ve vztahu ke DVO2 (Existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v kompetenci resistance vůči nabídce?) lze konstatovat, že tento rozdíl nebyl prokázán.

8.3.3.3 Okruh C: Hodnotově postojové kompetence

Tato část dotazníku zjišťovala normativní postoje respondentů k nebezpečnosti marihuany a konopných drog vůči jedinci a společnosti. V dotazníku je tato kompetence sledována položkami č. 26–41. Položky zachycovaly jak protidrogové, tak prodrogové postoje. U všech položek jednotlivě i v celkovém porovnání hodnotově postojové kompetence byl pro zjištění rozdílu mezi volbami kontrolní a účastnické skupiny proveden Mann Whitney U-test. Pro celkové porovnání sumované škály bylo nutné část z položek (č. 37, 38, 39 a 41) pro statistické zpracování překódovat. Položka 35 je prezentována pouze jednotlivě, z celkového posouzení byla vyloučena, protože u ní nebylo možné určit, zda jde o prodrogový či protidrogový postoj, a to zejména z toho důvodu, že léčebné konopí, jehož se týkala, má specifické účely užívání a legislativní rámec.

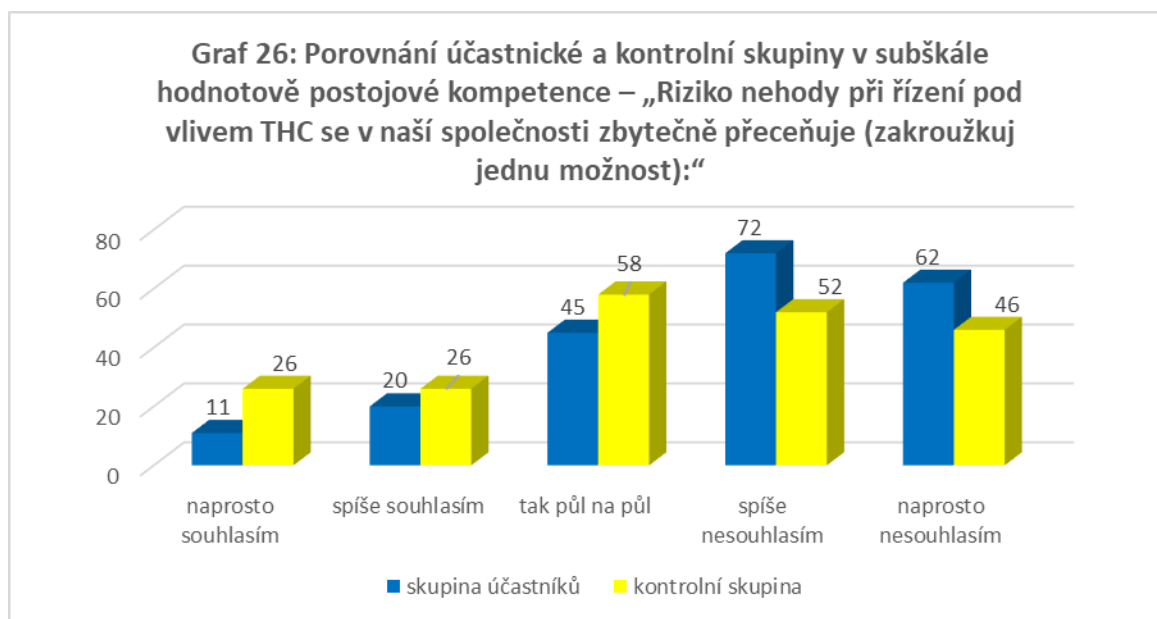
K danému testování byla stanovena nulová, alternativní a věcná hypotéza:

H_{30} : Úroveň hodnotově postojové kompetence se u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny neliší.

H3_A: Úroveň hodnotově postojové kompetence se u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny liší.

H3_V: Úroveň hodnotově postojové kompetence bude u respondentů ze skupiny účastníků preventivního programu vyšší než úroveň této kompetence u kontrolní skupiny.

Graf 26 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Riziko nehody při řízení pod vlivem THC se v naší společnosti zbytečně přeceňuje (zakroužkuj jednu možnost)“.



(Graf 26 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu je patrné, že u skupiny účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „spíše nesouhlasím“ ($n = 72$). U kontrolní skupiny je nejčastěji volenou odpovědí „tak půl na půl“ ($n = 58$). Co se týká volby „naprosto souhlasím“, ta byla nejméně volenou možností u skupiny účastníků ($n = 11$). Nejméně volené možnosti u kontrolní skupiny byly dvě „naprosto souhlasím“ a „spíše souhlasím“ ($n = 26$ u účastníků a $n = 11$ u kontrolní skupiny).

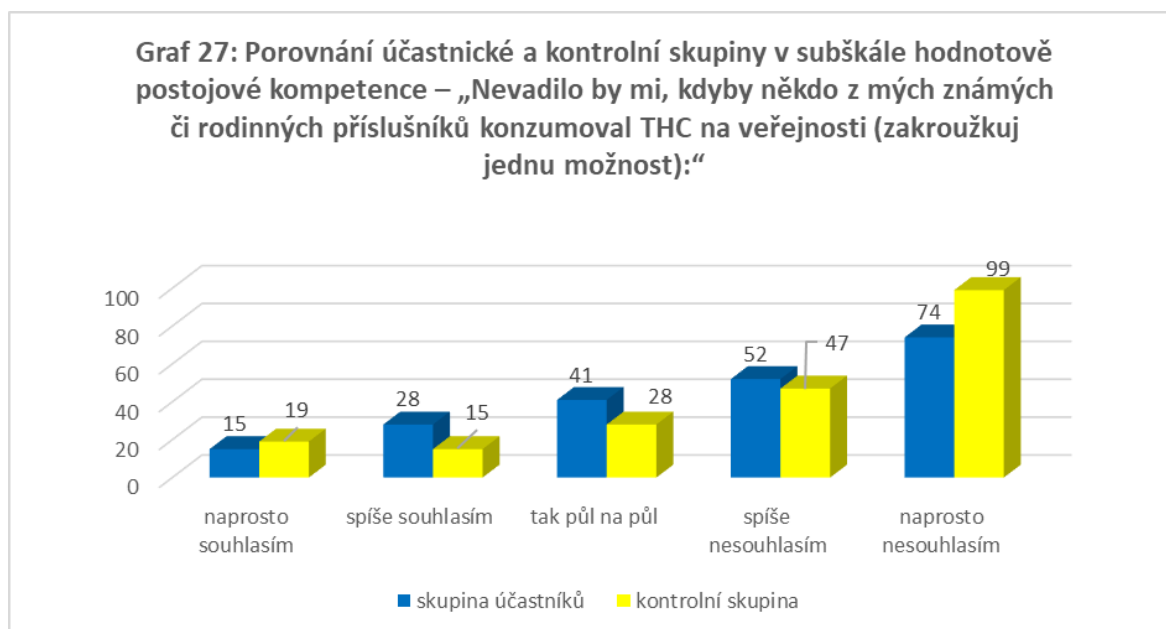
Tabulka 33 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 26: „Riziko nehody při řízení pod vlivem THC se v naší společnosti zbytečně přeceňuje (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p – hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.14	3 ± 1.29	U = 25830 Z = 3.33	p <.001***	r = .16

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 26 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 4) a kontrolní skupiny (Mdn = 3), $U = 25830$, $z = 3.33$, $p < .001$, se slabým efektem účinku ($r = .16$). Zamítám H_{30} a přijímám věcnou hypotézu, vyšší medián u skupiny účastníků ukazuje, že radikálněji odsuzují řízení pod vlivem THC než kontrolní skupina, která je v tomto směru víc nerozhodná.

Graf 27 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Nevadilo by mi, kdyby někdo z mých známých či rodinných příslušníků konzumoval THC na veřejnosti (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 27 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „naprosto nesouhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů ($n = 99$) než u skupiny

účastníků (n = 74). Naopak nejméně volenou možností u skupiny účastníků je volba „naprosto souhlasím“ (n = 15). U kontrolní skupiny je nejméně volenou možností „spíše souhlasím“ (n = 15). Někteří účastníci projektu (n = 41) si také nejsou jisti, jak by hodnotili, kdyby někdo z jejich přátel a známých veřejně konzumoval drogu. Stejně tak to byl oříšek k posouzení u kontrolní skupiny pro 21 respondentů.

Pro porovnání výsledků byl proveden Mann Whitney U-test (viz Tabulka 34), který indikoval v položce č. 27 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 4) a kontrolní skupiny (Mdn = 4), 24492.5, z = -2.35, p = .019, a to se slabým efektem účinku (r = .12).

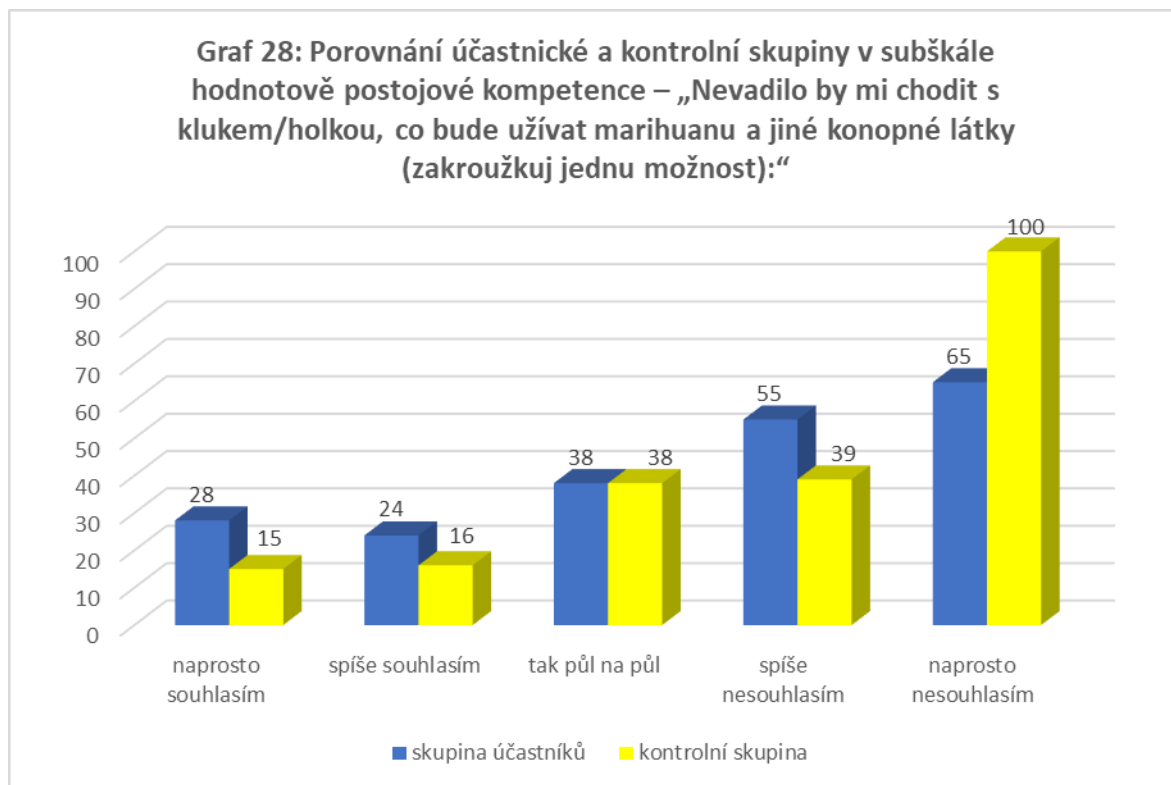
Tabulka 34 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 27: „Nevadilo by mi, kdyby někdo z mých známých či rodinných příslušníků konzumoval THC na veřejnosti (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.28	4 ± 1.31	U = 24492.5 Z = -2.35	p = .019*	r = .12

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Na základě p-hodnoty U-testu zamítám H_{30} . Stejně tak zamítám věcnou hypotézu, neboť vyšší U-hodnota u skupiny účastníků a nižší součet pořadí (40924.5 versus 46228.5) ukazuje, že skórovali na škále níže. Shodný medián 4 a slabý effect size nicméně naznačuje, že se od kontrolní skupiny příliš neliší v nesouhlasu s konzumací THC jejich blízkých na veřejnosti.

Graf 28 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Nevadilo by mi chodit s klukem/holkou, co bude užívat marihuanu a jiné konopné látky (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 28 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „naprosto nesouhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 100$), než u skupiny účastníků ($n = 65$). Naopak nejméně volenou možností u skupiny účastníků je volba „spíše souhlasím“ ($n = 24$). U kontrolní skupiny je nejméně volenou možností „naprosto souhlasím“ ($n = 15$). Zajímavým zjištěním je, že volbu „tak půl na půl“ zvolil shodný počet respondentů obou skupin ($n = 38$).

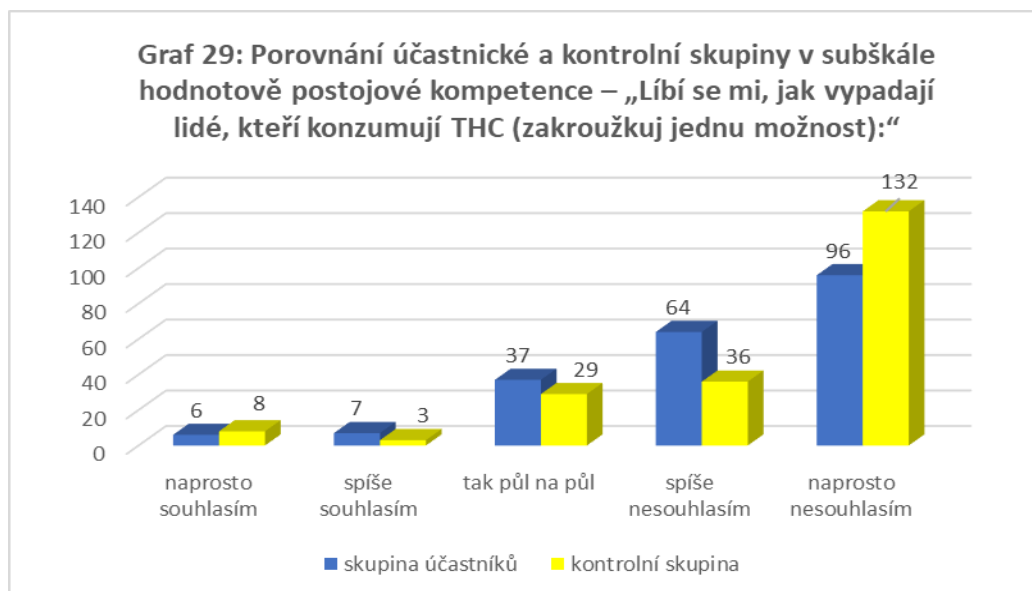
Tabulka 35 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 28: „Nevadilo by mi chodit s klukem/holkou, co bude užívat marihuanu a jiné konopné látky (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.38	4 ± 1.27	U = 25842 Z = - 3.38	p <.001***	r = .17

$\alpha \leq .05$ *, $\alpha \leq .01$ **, $\alpha \leq .001$ ***

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 28 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi mírou souhlasu a nesouhlasu souboru účastníků (Mdn = 4) a kontrolní skupiny (Mdn = 4), U = 25842, z = - 3.38, p <.001, a to se slabým efektem účinku (r = .17). Zamítám H₃₀, zamítám ale též věcnou hypotézu, neboť vyšší hodnota U náležela účastnické skupině a součet pořadí byl u skupiny účastníků nižší než u kontrolní skupiny (39993 versus 47578). Kontrolní skupině by tedy více vadilo chodit v budoucnu s partnerem užívajícím marihuanu a jiné konopné látky.

Graf 29 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Líbí se mi, jak vypadají lidé, kteří konzumují THC (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 29 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „naprosto nesouhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost

(n = 132), než u skupiny účastníků (n = 96). Naopak nejméně volenou možností u skupiny účastníků je volba „naprosto souhlasím“ (n = 6). U kontrolní skupiny je nejméně volenou možností „spíše souhlasím“ (n = 3).

Tabulka 36 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 29: „Líbí se mi, jak vypadají lidé, kteří konzumují THC (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

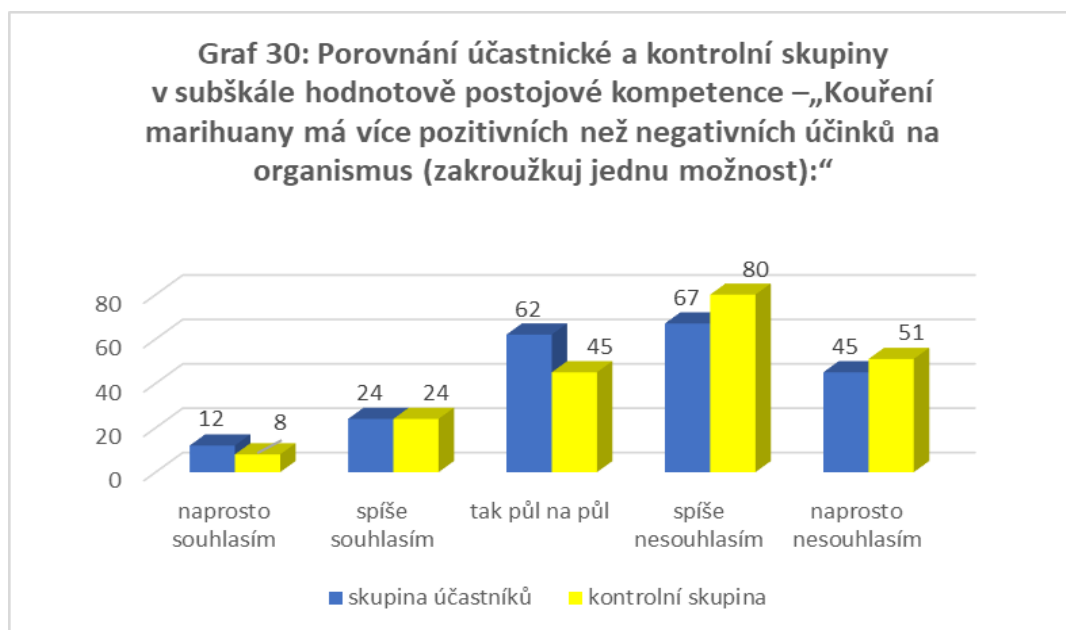
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.006	5 ± 1.029	U = 18378 Z = -3.095	p = .002*	r = .15

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 29 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 4) a kontrolní skupiny (Mdn = 5), U = 18378, z = - 3.095, p = .002, a to se slabým efektem účinku (r = .15). Zamítám H_{30} a přijímám H_{3A} . Zamítám ale také věcnou hypotézu, nižší hodnota mediánu ukazuje, že účastnická skupina měla méně vyhraněný protidrogový postoj než skupina účastníků, která nesouhlas s tvrzením, že se jim líbí lidé, kteří konzumují THC, vyjádřila ještě radikálněji.

Graf 30 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotové postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Kouření marihuany má více pozitivních než negativních účinků na organismus (zakroužkuj jednu možnost):“

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „spíše nesouhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 80$) než u skupiny účastníků ($n = 67$). Naopak nejméně volenou možností u obou skupin je volba „naprosto souhlasím“. Zajímavý je shodný počet respondentů obou skupin ve volbě „spíše souhlasím“ ($n = 24$).



(Graf 30 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotové postojové kompetence)

Tabulka 37 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotové postojové kompetence – Otázka 30: „Kouření marihuany má více pozitivních než negativních účinků na organismus (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

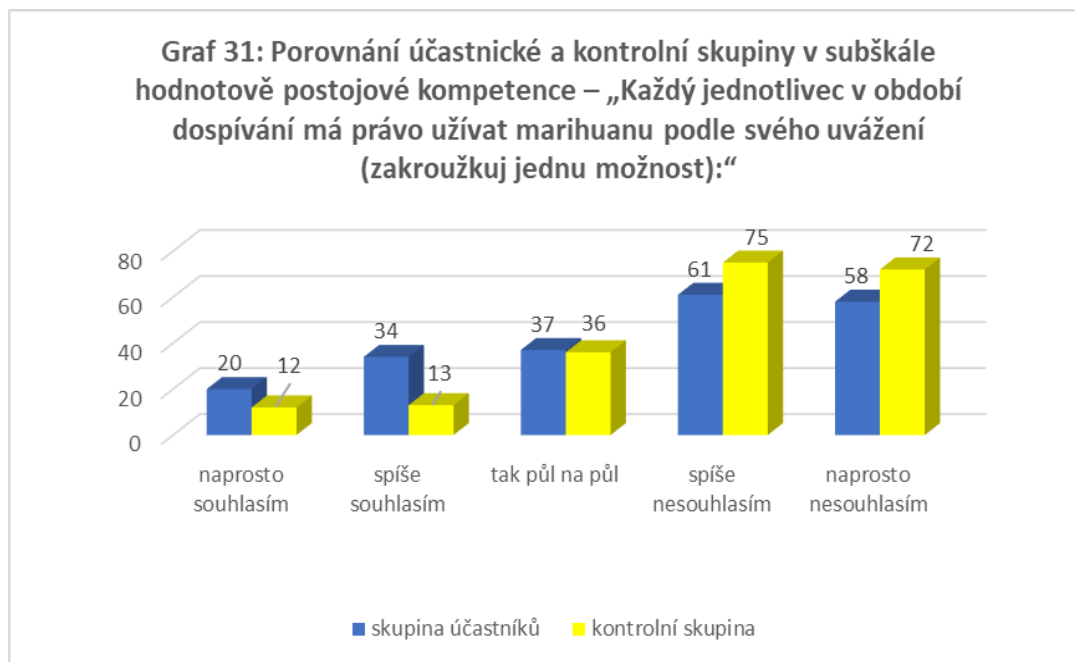
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.12	4 ± 1.08	U = 19958.5 Z = -1.5828	p = .114	r = .077

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 30 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků ($Mdn = 4$) a kontrolní skupiny ($Mdn = 4$), $U = 19958.5$, $z = -1.5828$, $p = .114$, $r = .077$. Vzhledem k tomu, že $p\text{-hodnota} > \alpha$, nelze zamítnout H_{30} , mezi skupinami se neprokázal žádný

významný rozdíl. Lze konstatovat, že hodnota mediánu naznačuje nesouhlas celého výzkumného souboru s předloženým tvrzením.

Graf 31 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Každý jednotlivec v období dospívání má právo užívat marihuanu podle svého uvážení (zakroužkuj jednu možnost):“



(Graf 31 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „spíše nesouhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 75$) než u skupiny účastníků ($n = 61$). Naopak nejméně volenou možností u obou skupin je volba „naprosto souhlasím“. 37 resp. 36 respondentů je nerozhodných.

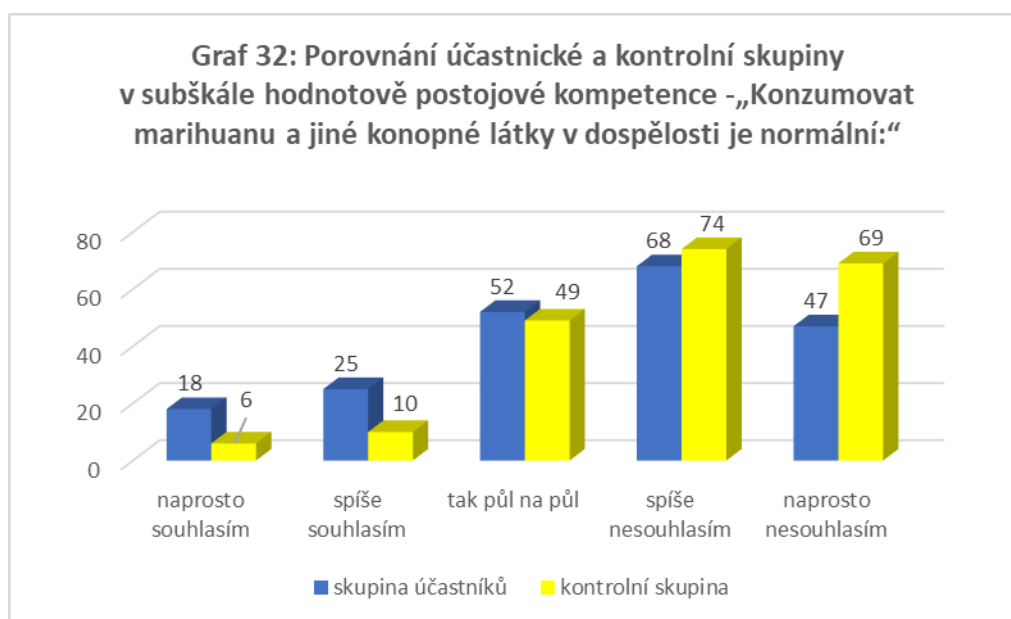
Tabulka 38 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 31: „Každý jednotlivec v období dospívání má právo užívat marihuanu podle svého uvážení (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p – hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.31	4 ± 1.13	U = 25355.5 Z = - 2.95	p = .003*	r = .14

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 31 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků ($Mdn = 4$) a kontrolní skupiny ($Mdn = 4$), $U = 18324.5$, $z = -2.95$, $p = .003$, a to se slabým efektem účinku ($r = .14$). Zamítám H_{30} a docházím k závěru, že existuje statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků a kontrolní skupiny. Zamítám ale též věcnou hypotézu, neboť vyšší hodnota U náležela účastnické skupině a součet pořadí byl u skupiny účastníků nižší než u kontrolní skupiny (40479.5 versus 47091.5). Kontrolní skupina tedy více radikálně nesouhlasí s tím, že by měl každý dospívající jedinec právo na užívání drog podle vlastního uvážení. Pozitivní je, že nesouhlas převažuje u všech.

Graf 32 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postoje kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti je normální:“



(Graf 32 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postoje kompetence)

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů z obou skupin zvolilo možnost „spíše nesouhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 74$), než u skupiny účastníků ($n = 68$). Naopak nejméně zvolenou možností u obou skupin je volba „naprosto souhlasím“, u skupiny účastníků ($n = 18$) a u kontrolní skupiny ($n = 6$). Poměrně početnou skupinu ale tvoří z obou táborů ti, kteří nemají vyhraněné stanovisko na to, jestli je konzumovat marihuanu v dospělosti normální ($n = 52$ u účastníků programu, $n = 49$ u kontrolní skupiny).

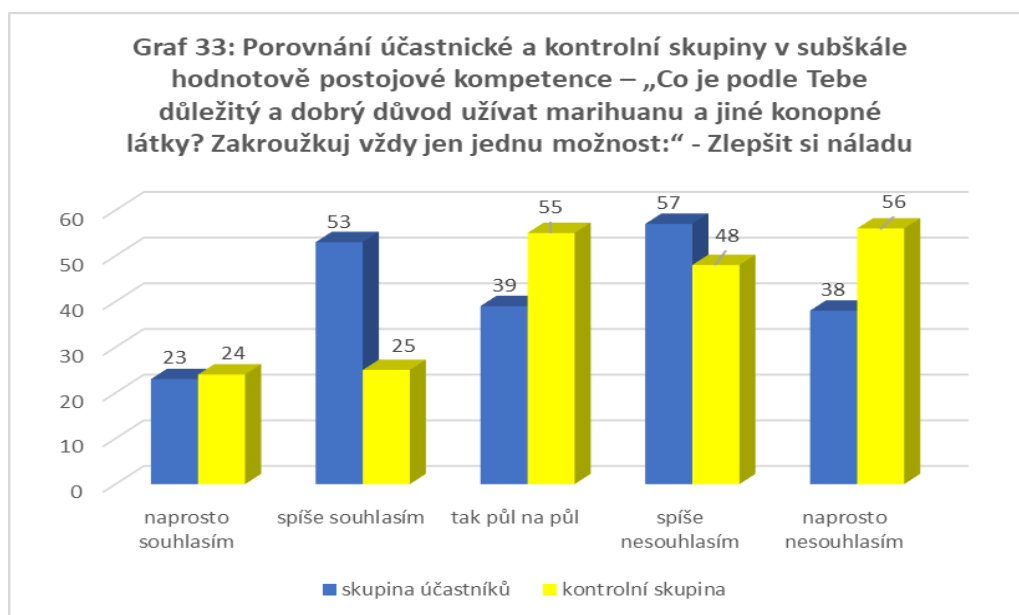
Tabulka 39 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojoyé kompetence – Otázka 32: „Konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti je normální.“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
4 ± 1.21	4 ± 1.01	U = 25987 Z = - 3.59	p <.001***	r = .18

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 32 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 4) a kontrolní skupiny (Mdn = 4), $U = 17525.5$, $z = -3.6329$, $p < .001$, a to se slabým efektem účinku ($r = .18$). Zamítám H_{30} a docházím k závěru, že existuje statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků a kontrolní skupiny. Zamítám ale též věcnou hypotézu, neboť vyšší hodnota U náležela účastnické skupině a součet pořadí byl u skupiny účastníků nižší než u kontrolní skupiny (39430 versus 47723). Účastnická skupina tedy méně radikálně zamítá, že by měl každý dospívající jedinec právo na užívání drog podle vlastního uvážení. Opět je ale pozitivní, že nesouhlas převažuje u všech.

Graf 33 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojoyé kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost“: – „Zlepšit si náladu“



(Graf 33 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojoyé kompetence)

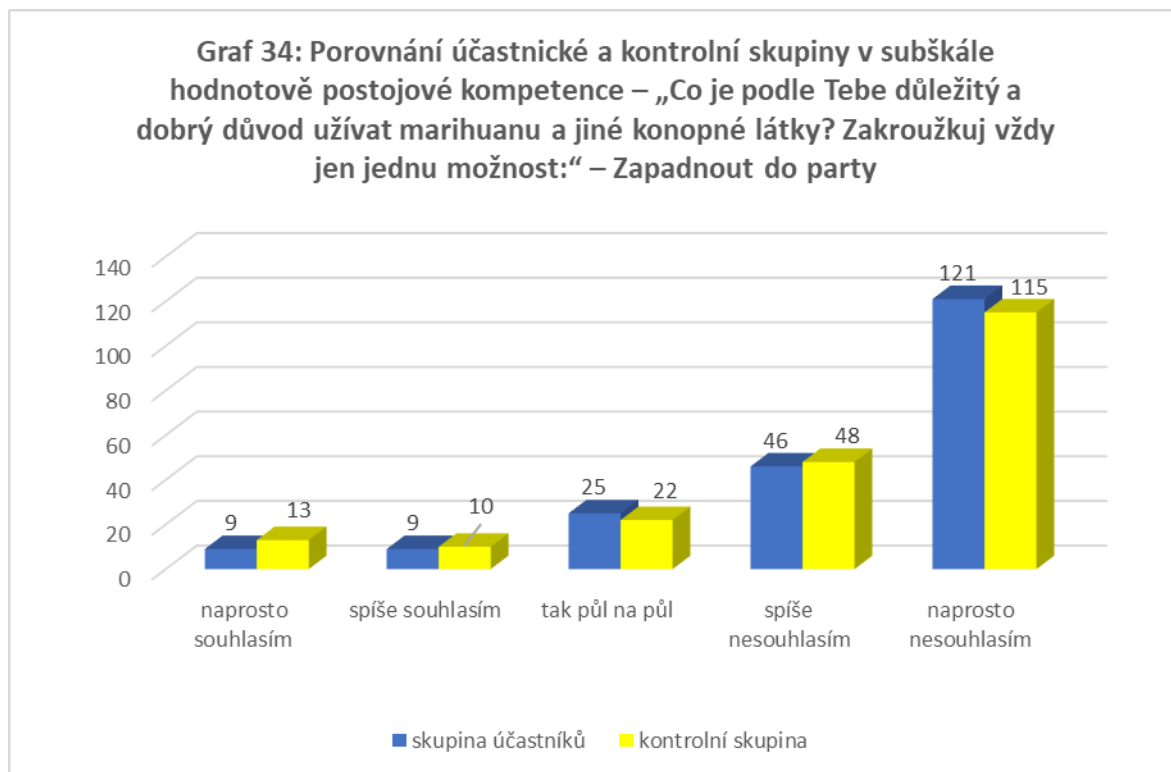
Z grafu je patrné, že u skupiny účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „spíše nesouhlasím“ (n = 57). U kontrolní skupiny je nejčastěji volenou odpovědí „naprosto nesouhlasím“ (n = 56). Co se týká volby „naprosto souhlasím“, ta byla nejméně volenou možností u obou skupin, téměř se shodným počtem respondentů, skupina účastníků (n = 23), kontrolní skupina (n = 24).

Tabulka 40 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 33: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ - Zlepšit si náladu (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
3 ± 1.30	3.5 ± 1.31	U = 24246.5 Z = -1.995	p = .046*	r = .098
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 33 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 3) a kontrolní skupiny (Mdn = 3.5), U = 19433.5, z = -1.995, p = .046, a to s velmi slabým efektem účinku (r = .098). Zamítám H_{30} a docházím k závěru, že existuje statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků a kontrolní skupiny. Zamítám ale též věcnou hypotézu, neboť vyšší hodnota mediánu náleží kontrolní skupině. Vyšší hodnota U náležela účastnické skupině, součet pořadí byl nižší než u kontrolní skupiny (41588.5 versus 45982.5). Účastnická skupina je tedy méně striktní v tom, zda je dobrý důvod konzumovat marihuanu pro zlepšení nálady. Efekt size je ale velmi slabý a rozdíl je třeba brát s rezervou. Zároveň střední hodnota mediánu naznačuje, že respondenti obou skupin v této položce lavírují a nemají svůj postoj ujasněný.

Graf 34 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Zapadnout do party“



(Graf 34 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

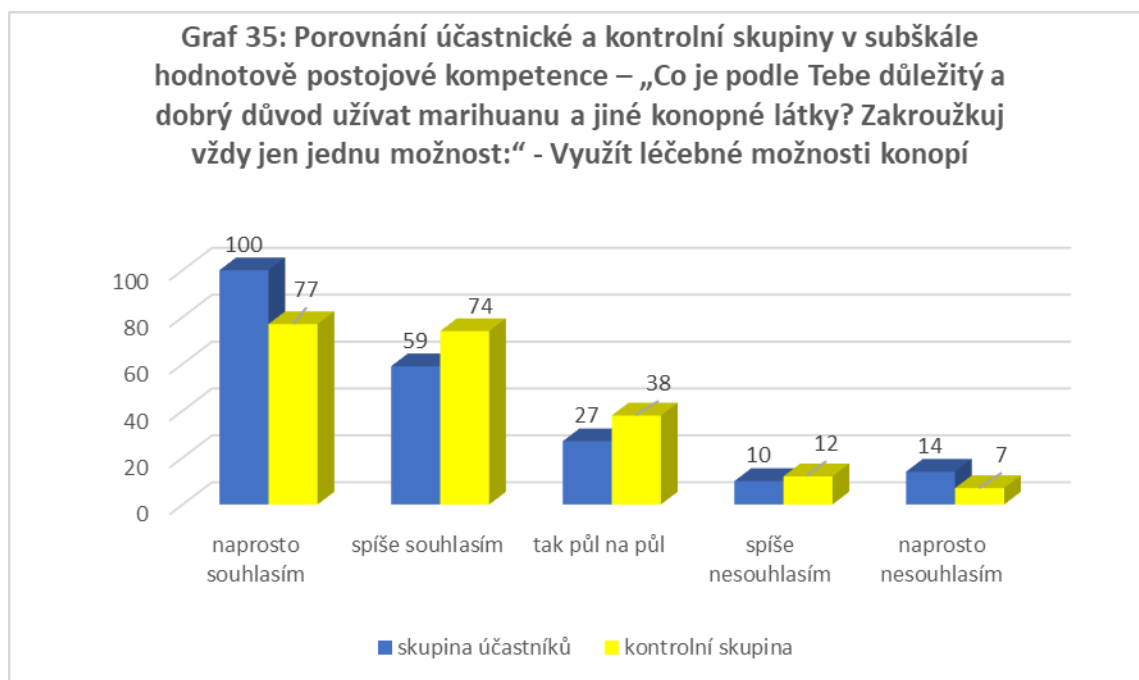
Z grafu je patrné, že u obou skupin respondentů vítězí u této položky protidrogové postoje, zapadnout do party tedy není považováno za dobrý důvod užívat THC. Dominují ti, kteří zvolili možnost „naprosto nesouhlasím“. U skupiny účastníků to bylo jen o málo více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 121$), než u kontrolní skupiny ($n = 115$). Následovala možnost „spíše nesouhlasím“ ($n = 46$ u účastníků programu versus $n = 48$ u kontrolní skupiny). Naopak nejméně zvolenou možností u kontrolní skupiny je volba „spíše souhlasím“ ($n = 10$). U skupiny účastníků jsou nejméně zvolené volby dvě, a to „naprosto souhlasím“ a „spíše souhlasím“, obě se shodným počtem respondentů ($n = 9$).

Tabulka 41 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojevé kompetence – Otázka 34: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Zapadnout do party (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	phodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
5 ± 1.10	5 ± 1.18	U = 21225 Z = .55	p = .58	r = .027
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 34 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 5) a kontrolní skupiny (Mdn = 5), $U = 21115$, $z = .55$, $p = .58$, efekt účinku je slabý ($r = .027$). Protože $p\text{-hodnota} > \alpha$, nelze H_{30} zamítnout. Přijmout zároveň nelze věcnou hypotézu. Shodný vysoký medián ovšem naznačuje, že respondenti obou skupiny silně nesouhlasí s tím, že by užívání THC mělo být iniciační vstupní branou do party.

Graf 35 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojevé kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Využít léčebné možnosti konopí“



(Graf 35 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojevé kompetence)

Z grafu je patrné, že u obou skupin účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „naprosto souhlasím“, u skupiny účastníků bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 100$), než u kontrolní skupiny ($n = 77$). Naopak nejméně zvolenou možností u skupiny účastníků je volba „spíše nesouhlasím“ ($n = 10$) a u kontrolní skupiny je nejméně zvolenou možností „naprosto nesouhlasím“ ($n = 7$). Souhlas s výrokem je nejspíše dán léčebným charakterem užívání, který je většinou respondentů vnímán pozitivně.

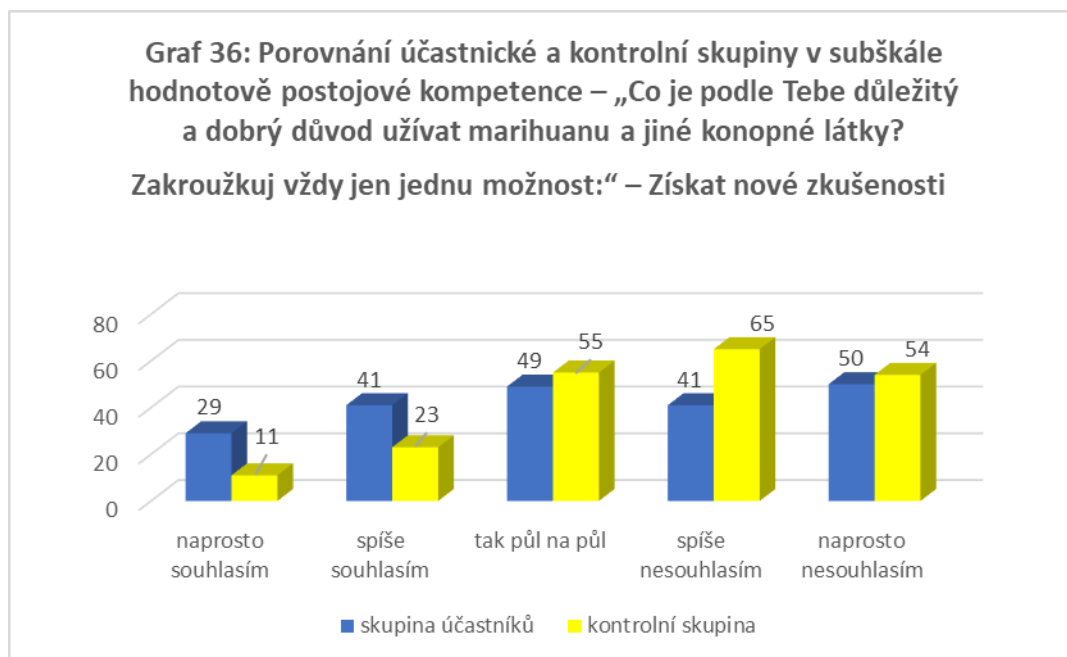
Tabulka 42- Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 35: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Využít léčebné možnosti konopí (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
2 ± 1.18	2 ± 1.04	U = 19941.5 Z = - 1.547	p = .122	r = .076

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 35 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 2) a kontrolní skupiny (Mdn = 2), $U = 19941.5$, $z = - 1.547$, $p = .122$, efekt účinku je slabý ($r = .076$). H_{30} nelze zamítnout. Zároveň nelze potvrdit věcnou hypotézu, z formulace položky není příliš jasné, zda jde o postoj prodrogový nebo protidrogový. Z tohoto důvodu nebyla položka zařazena v celkovém porovnání do sumovaných položek, aby nezkreslila výsledky.

Graf 36 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojevé kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Získat nové zkušenosti“



(Graf 36 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojevé kompetence)

Graf ukazuje, že u skupiny účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „naprosto nesouhlasím“ (n = 50). U kontrolní skupiny je nejčastěji volenou odpovědí „spíše nesouhlasím“ (n = 65). Co se týká volby „naprosto souhlasím“, ta byla nejméně volenou možností u obou skupin, u skupiny účastníků (n = 29) i u kontrolní skupiny (n = 11). Vizuálně je také patrné, že odpovědi účastníků jsou méně nesouhlasné než kontrolní skupiny.

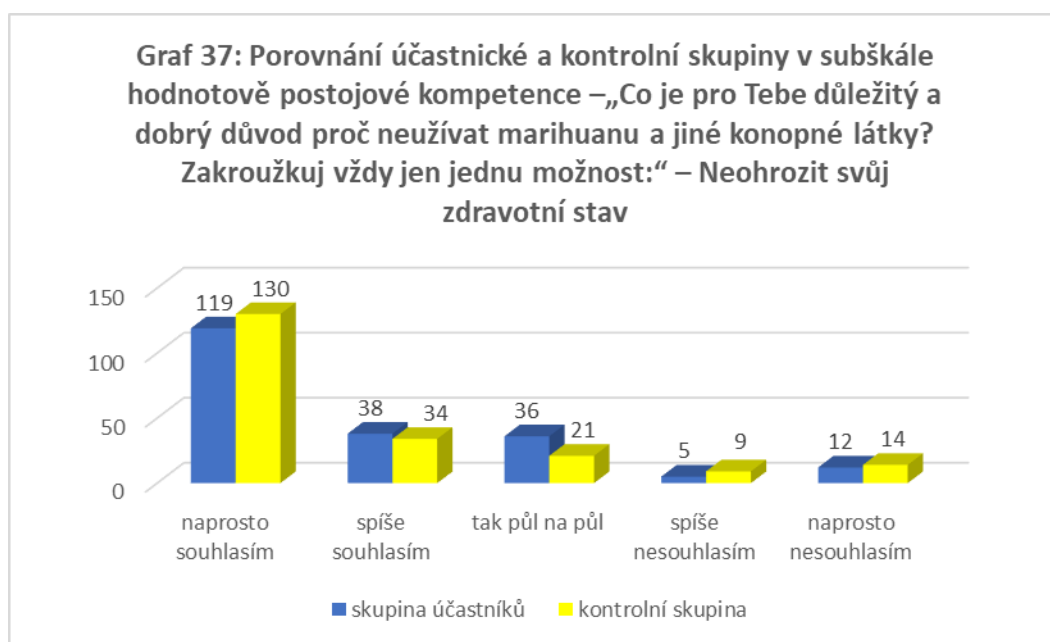
Tabulka 43 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 36: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Získat nové zkušenosti (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
3 ± 1.37	4 ± 1.14	U = 25553 Z = -3.09	p = .002**	r = .15

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 36 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 3) a kontrolní skupiny (Mdn = 4), $U = 25553$, $z = -3.09$, $p = .002$, opět se slabým efektem účinku ($r = .15$). Zamítám H_{30} . Zamítám zároveň H_{3V} , neboť účastníci programu vykazali slabší kompetenci, kdy méně radikálně odmítli (Mdn = 3) získávání nových zkušeností prostřednictvím konzumace marihuany a konopných produktů oproti kontrolní skupině (Mdn 4).

Graf 37 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Neohrozit svůj zdravotní stav“



(Graf 37 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu je patrné, že v souboru dominují respondenti, kteří zvolili možnost „naprosto souhlasím“, u kontrolní skupiny (n = 130), u skupiny účastníků (n = 119). Nejméně volenou možností bylo „spíše nesouhlasím“ (n = 5 u účastníků, n = 9 u kontrolní skupiny). Střední hodnotu škály volilo více respondentů z účastnické skupiny (n = 36) oproti 21 respondentům z kontrolní.

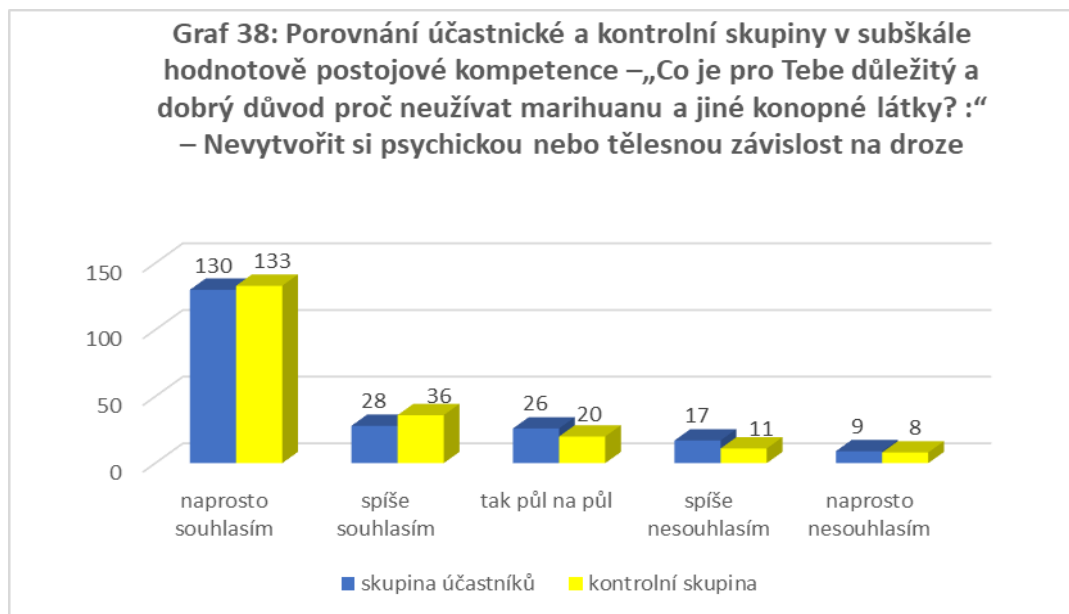
Tabulka 44 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 37: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost.“ – Neohrozit svůj zdravotní stav (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± 1.15	1 ± 1.18	U = 22962.5 Z = 1.0282	p = .304	r = .05

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-Test neindikoval v položce č. 37 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 1), U = 22962.5, z = 1.0282, p = .3038, a to se slabým efektem účinku (r = .05). Nelze zamítnout H₃₀. Zároveň nelze potvrdit věcnou hypotézu. Jak ukazuje medián 1, respondenti obou skupin zastávají v této položce výrazně protidrogový postoj. Za dobrý důvod nekonzumovat drogu považují chránit svůj zdravotní stav.

Graf 38 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Nevytvořit si psychickou nebo tělesnou závislost na droze“



(Graf 38 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

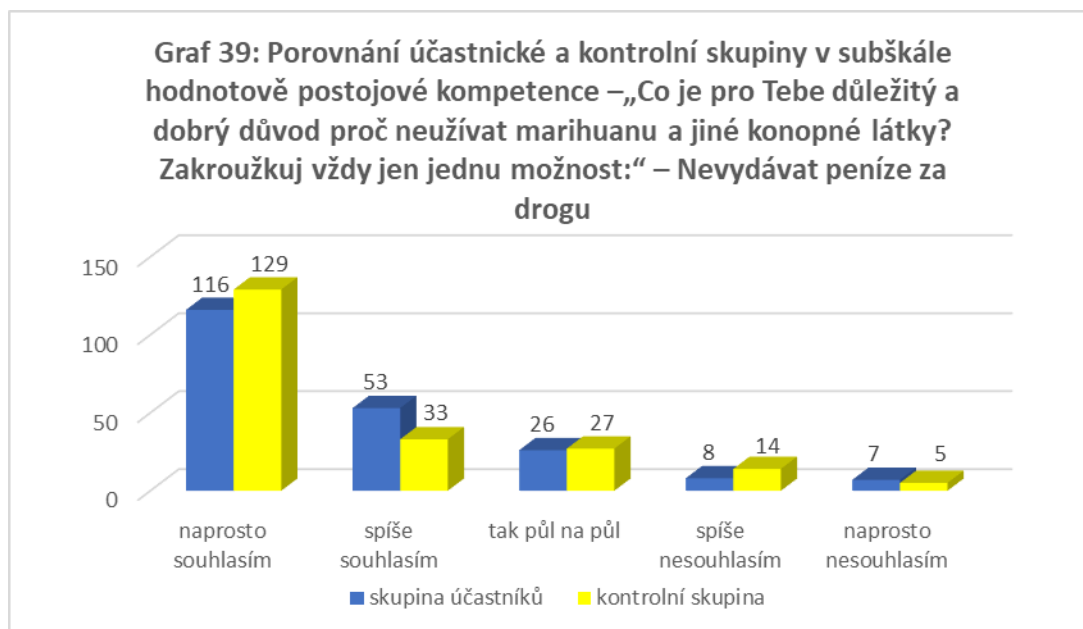
Graf ukazuje, že u obou skupin účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „naprosto souhlasím“. Zajímavým zjištěním je, že téměř se shodným počtem respondentů u kontrolní skupiny ($n = 133$) i u skupiny účastníků ($n = 130$). Naopak nejméně zvolenou možností u obou skupin je volba „naprosto nesouhlasím“, opět s téměř shodným počtem respondentů. U skupiny účastníků ($n = 9$) a u kontrolní skupiny ($n = 8$). Nerozhodných respondentů s volbou možnosti „tak půl na půl“ je z účastnické skupiny 26, ze skupiny kontrolní 20. Podobně jako u předcházejících položek byl proveden Mann Whitneyho U-Test. Výsledky zachycuje Tabulka 45.

Tabulka 45 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 38: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Nevytvořit si psychickou nebo tělesnou závislost na droze (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± 1.19	1 ± 1.09	U = 22669.5 Z = .777	p = .437	r = .04
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 38 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 1) a kontrolní skupiny (Mdn = 1), $U = 22669.5$, $z = .777$, $p = .437$, a to s malým efektem účinku ($r = .04$). Také v této položce nelze zamítnout H_{30} . Zároveň nelze potvrdit věcnou hypotézu. Účastníci obou skupin zastávají opět výrazně protidrogový postoj, kdy za důvod nekonzumovat drogu považují nevytvořit si závislost.

Graf 39 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Nevydávat peníze za drogu“



(Graf 39 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Z grafu je patrné, že u obou skupin účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „naprosto souhlasím“, u kontrolní skupiny to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 129$), než u skupiny účastníků ($n = 116$). Naopak nejméně volenou možností u obou skupin je volba „naprosto nesouhlasím“. U skupiny účastníků ($n = 7$) a u kontrolní skupiny ($n = 5$). Zajímavým ukazatelem je téměř shodný počet respondentů ve volbě „tak půl na půl“, u skupiny účastníků ($n = 26$) a u kontrolní skupiny ($n = 27$).

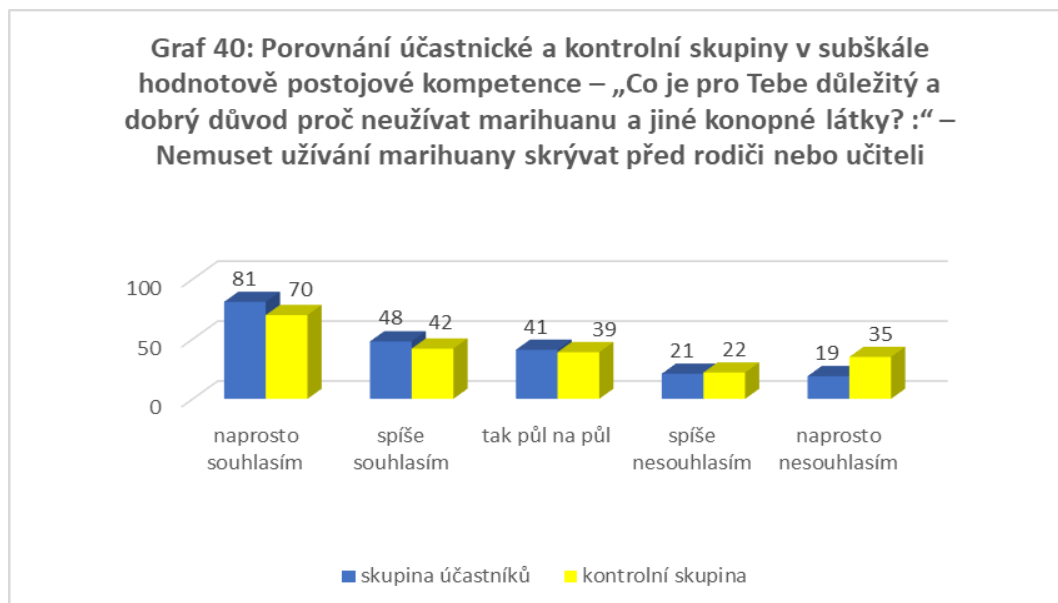
V souladu s postupem byl proveden Mann Whitneyho U-Test. Výsledky zachycuje Tabulka 46.

Tabulka 46 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 39: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Nevydávat peníze za drogu (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
$n = 210$	$n = 208$			
Shapiro Wilk $p < .001$	Shapiro Wilk $p = < .001$			
Mdn $\pm$ SD	Mdn $\pm$ SD			
1 ± 1.03	1 ± 1.08	$U = 22925$ $Z = .987$	$p = .324$	$r = .048$
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 39 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků ($Mdn = 1$) a kontrolní skupiny ($Mdn = 1$), $U = 22925$, $z = .9868$, $p = .324$, a to se slabým efektem účinku ($r = .048$). H_{30} opět nelze zamítnout, stejně tak nelze potvrdit věcnou hypotézu. Účastníci obou skupin zastávají opět výrazně protidrogový postoj, kdy za důležitý důvod nekonzumovat drogu považují nevydávat peníze za drogu.

Graf 40 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postoje kompetence. Otázka pro respondenty zněla: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – „Nemuset užívání marihuany skrývat před rodiči nebo učiteli“.



(Graf 40 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postoje kompetence)

Z grafu vyplývá, že u obou skupin účastníků dominují ti respondenti, kteří zvolili možnost „naprosto souhlasím“, u skupiny účastníků to bylo však více respondentů, kteří zvolili tuto možnost ($n = 81$), než u kontrolní skupiny ($n = 70$). Naopak nejméně zvolenou možností u skupiny účastníků je volba „naprosto souhlasím“ ($n = 19$). U kontrolní skupiny je nejméně volenou možností „spíše souhlasím“ ($n = 22$). Střední hodnotu škály „tak půl na půl“ volili téměř shodně ($n = 48$ účastníci, $n = 42$ kontrolní).

Tabulka 47 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postoje kompetence – Otázka 40: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Nemuset užívání marihuany skrývat před rodiči nebo učiteli (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
2 ± 1.304	2 ± 1.466	U = 19784 Z = -1.7219	p = .085	r = .084

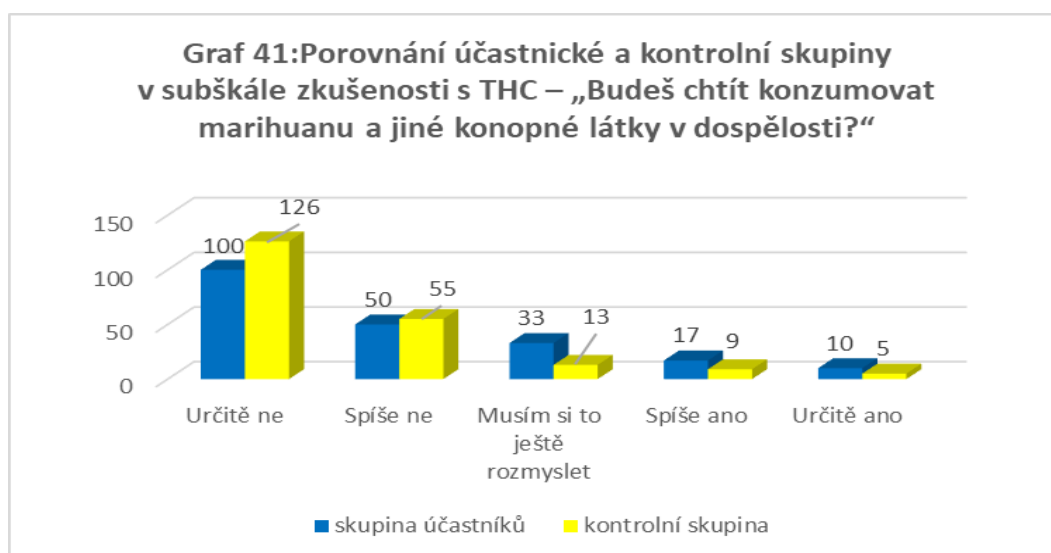
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test neindikoval v položce č. 40 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 2) a

kontrolní skupiny (Mdn = 2), $U = 19784$, $z = -1.7219$, $p = .08509$, a to se slabým efektem účinku ($r = .084$).

Protože p -hodnota $> \alpha$, ani v této položce nelze zamítnout H_{30} . Zároveň nelze potvrdit věcnou hypotézu. Účastníci obou skupin zastávají opět spíše protidrogový postoj, kdy za důvod nekonzumovat drogu považují nemuset skrývat užívání látky před autoritami z řad rodičů a učitelů. Souhlas je ale slabší než v případě finančních nákladů na drogu nebo pokud jde o riziko vytvoření fyzické nebo psychické závislosti.

Graf 41 ukazuje, že dominují respondenti, jak z kontrolní, tak účastnické skupiny, kteří nebudou chtít konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti (54.07 %). Pouze 3.59 % respondentů uvedlo, že budou chtít konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti – tedy zvolili možnost „určitě ano“. V tomto případě se jednalo o 10 respondentů ze skupiny účastníků a 5 respondentů z kontrolní skupiny.



(Graf 41 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence)

Tabulka 48 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – otázka 41: „Budeš chtít konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti?“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p < .001	Shapiro Wilk p = < .001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
2 ± 1.18	1 ± .92	U = 26245.5 Z = 3.49	p < .001***	r = .17

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Mann Whitney U-test indikoval v položce č. 41 na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků (Mdn = 2) a

kontrolní skupiny ($Mdn = 1$), $U = 26245.5$, $z = 3.49$, $p < .001$, a to se slabým efektem účinku ($r = .17$). Zamítám H_{30} , mezi mediánem skupiny účastníků programu ($Mdn = 2$) a mediánem kontrolní skupiny ($Mdn = 1$) je statisticky významný rozdíl. Zamítám zároveň H_{3v} , neboť účastníci programu vykazovali menší míru nesouhlasu s tvrzením, zda budou chtít v dospělosti konzumovat marihuanu a konopné látky.

Celkové porovnání hodnotově postojové kompetence a zodpovězení DVO3

V dotazníku byla hodnotově postojová kompetence sledována položkami č. 26–41, které zachycují prodrogové a protidrogové postoje respondentů. Předpokladem ověřované věcné hypotézy bylo, že respondenti, kteří prošli programem, budou v protidrogových postojích skórovat lépe než respondenti, kteří jím neprošli.

V subškále hodnotově postojové kompetence bylo pracováno se 14 položkami dotazníku s vyloučením položky 35, která se ukázala jako problematická, pokud jde o její prodrogový nebo protidrogový charakter. Položky 26–36 a 40 byly formulovány tak, aby zachycovaly prodrogové postoje, položky 37, 38, 39 a 41 tak, aby zachycovaly protidrogové postoje.

V položkách č. 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 36 a 41 Mann Whitney U-test indikoval na hladině významnosti .05 statisticky významný rozdíl mezi průměrnými skóry souboru účastníků a kontrolní skupiny, který opravňoval k zamítnutí nulové hypotézy a přijetí hypotézy alternativní. Ze všech těchto položek však pouze jedna, a to položka 26, prokázala rozdíl ve prospěch skupiny účastníků. Bylo u ní tedy možno přijmout stanovenou věcnou hypotézu, totiž že účastníci programu budou vykazovat kvalitnější postoje vůči droze než respondenti z kontrolní skupiny. Položka se týkala souhlasu nebo nesouhlasu s tvrzením, že se riziko nehody při řízení pod vlivem THC se v naší společnosti zbytečně přeceňuje. Skupina účastníků programu primární prevence v tomto aspektu tedy projevila signifikantně vyšší míru nesouhlasu oproti kontrolní skupině, která vzhledem k mediánu 3 inklinovala k nerozhodnému postoji.

V ostatních uvedených položkách skórovali lépe respondenti z kontrolní skupiny. Bylo sice možno zamítnout nulovou hypotézu, ale nebylo možno akceptovat hypotézu věcnou. Pro účastníky programu vyšel horší výsledek v méně rozhodném zamítnutí konzumace marihuany a konopných produktů, menším odsouzením užívání látky pro zlepšení nálady nebo pro ně bylo více přijatelné užít drogu pro získání nových zkušeností (medián 3 versus mediány 4, resp. 3.5). Přestože všichni respondenti obecně nesouhlasili

s konzumací látky v dospělosti, účastníci se opět projeví jako méně razantní v odmítnutí než kontrolní skupina (medián 2 versus medián 1).

V položkách č. 30, 34, 35, 37, 38, 39 a 40 Mann Whitney U-test neindikoval na statisticky významný rozdíl mezi skóry souboru účastníků a kontrolní skupiny. Nebylo možné v žádné z nich přijmout věcnou hypotézu, postoje účastníků programu se v jednotlivých položkách neukázaly jako kvalitnější. Ve většině těchto položek však jak účastníci, tak respondenti volili nabídky odpovědí v souladu s protidrogovými postoji. Obecně největší nesouhlas všech respondentů byl spojen s tvrzením, že marihuanu je vhodné konzumovat proto, aby jedinec zapadl do party. Naopak největší souhlas napříč skupinami se týkal zdravotních postojů ke konzumaci látky, které byly vůči ní odmítavé. Také finanční náklady byly považovány za dobrý důvod, proč se konzumace marihuany vzdát.

Níže uvádím tabulku 49, která ukazuje celkové porovnání kontrolní skupiny a skupiny účastníků v subškále hodnotově postojové kompetence. Jak již bylo uvedeno v metodologické části, došlo k sumování položek ve škále a nezbytně tedy k rekódování položek formulovaných jako protidrogové, aby celkové měření nedávalo falešné výsledky.

Tabulka 49 - Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – prodrogové a protidrogové postoje (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
56 ± 10.02	54.5 ± 8.83	U = 23714 Z = 1.52	p = .129	r = .074
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Celkové porovnání 210 respondentů, kteří prošli programem (Mdn = 56, SD = 10.02) a 208 respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 54.5, SD = 8.83) neprokazuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, U = 23714, z = 1.52, p = .129, a to se slabým efektem účinku (r = .077).

Ve vztahu k DVO3 (Existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v hodnotově postojové kompetenci?) zamítám H₃₀, mezi účastníky programu a kontrolní skupinou se neprokázal statisticky významný rozdíl v celkovém hodnocení subškály hodnotově postojových kompetencí. Výsledek svádí k závěru, že program nemá vliv na formování hodnotově postojové kompetence, protože

přijetí věcné hypotézy v dílčích položkách bylo možné jen v jednom případě a v řadě položek lépe skórovali respondenti z kontrolní skupiny.

8.3.3.4 Okruh D: Zkušenosti s THC

Abych alespoň částečně zohlednila zkušenost respondentů s THC a konopnými produkty, zařadila jsem do dotazníku také tento okruh (položky 42-45). Při zkoumání efektivitu programu prevence jsem vycházela z předpokladu, že účastníci programu budou více chráněni před zkušenostmi, které s konzumací marihuany a dalších konopných produktů souvisejí.

Pro účely výzkumu byla formulována dílčí výzkumná otázka zněla (DVO4): Existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v užívání THC?

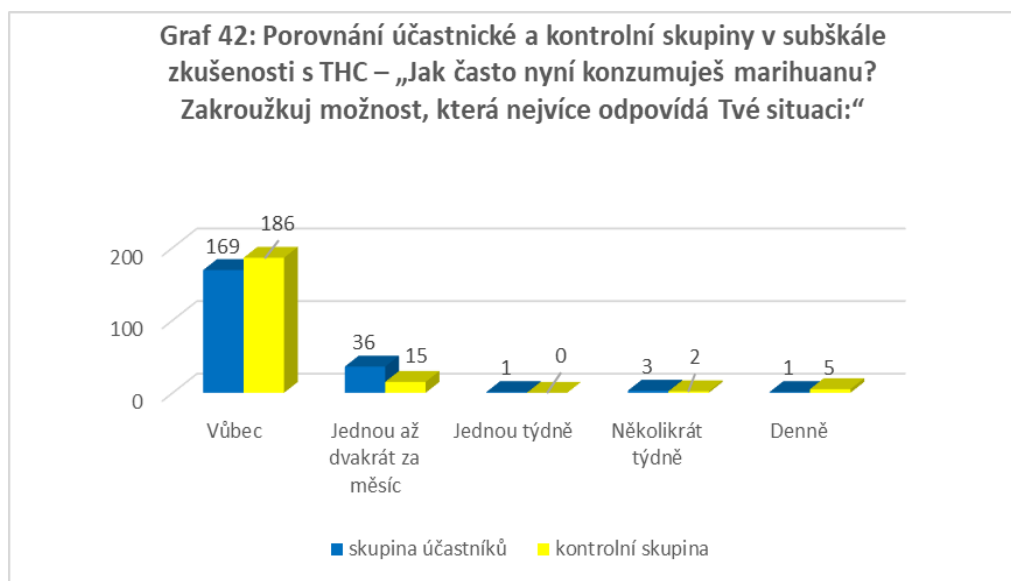
Byly stanoveny následující hypotézy:

H₁₀: Zkušenost s THC se u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny neliší.

H_{1A}: Zkušenost s THC se u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny liší.

H_{1v}: Zkušenost s THC u respondentů ze skupiny účastníků programu primární prevence bude nižší než úroveň u kontrolní skupiny

Graf 42 ukazuje porovnání kontrolní a účastnické skupiny v subškále dosavadní zkušenosti s THC – konzumace marihuany u respondentů. Otázka zjišťovala frekvenci užívání marihuany u respondentů.



(Graf 42 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC)

Z grafu je patrné, že u obou ze skupin dominují respondenti, kteří vůbec nekonzumují marihuanu ($n = 355$). Nejméně zvolenou odpovědí byla každodenní ($n = 1$). 36 účastníků a 15 respondentů z kontrolní skupiny užívají látku 1–2x za měsíc.

Tabulka 50 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 42: „Jak často nyní konzumuješ marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci:“

	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Vůbec	169	80.47	186	89.42	355	84.93
Jednou až dvakrát za měsíc	36	17.14	15	7.21	51	12.20
Jednou týdně	1	0.48	0	0	1	0.24
Několikrát tdně	3	1.43	2	0.96	5	1.20
Denně	1	0.48	5	2.40	6	1.43
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka ukazuje, že v kontrolní i účastnické skupině respondentů dominují ti, kteří vůbec nekonzumují marihuanu (84.39 %). Ve skupině účastníků je pouze 1 z respondentů, který konzumuje marihuanu denně, naopak v kontrolní skupině je 5 (2.4 %) respondentů, kteří konzumují marihuanu každý den. Ve skupině účastníků je 17 % těch, kteří občasně konzumují (jednou až dvakrát za měsíc) oproti 7 % respondentů z kontrolní skupiny.

Tabulka 51 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 42: „Jak často nyní konzumuješ marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci:“ (U-test)

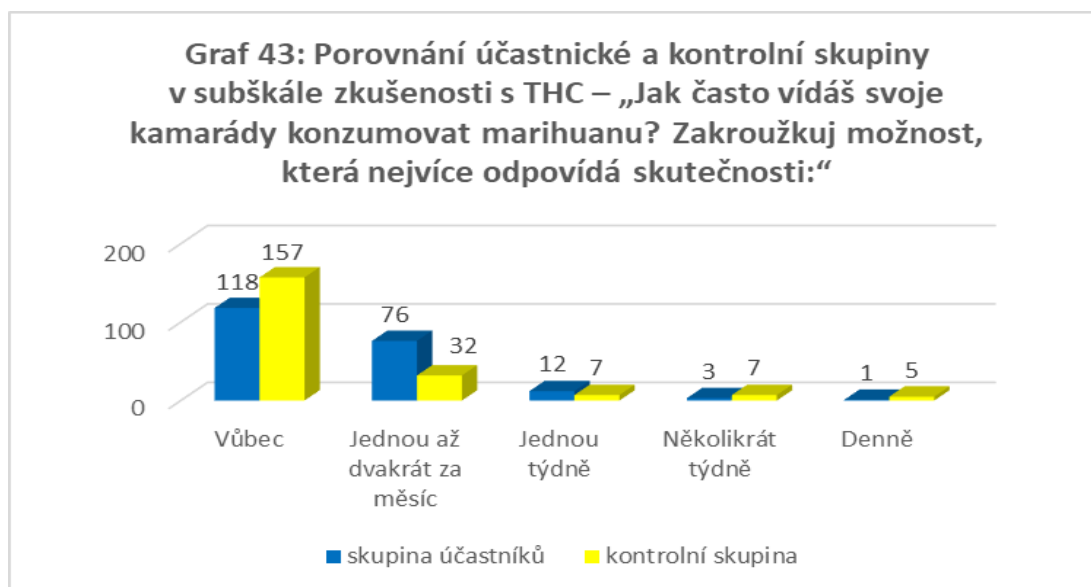
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .56	1 ± .71	U = 23694.5 Z = 2.42	p = .01**	r = .12

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Z tabulky porovnávající celkovou frekvenci užívání marihuany mezi skupinami účastníků (Mdn = 1, SD = .56) a 208 respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 1, SD = .71) plyne, že se prokazuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, $U = 23694.5$, $z = 2.42$, $p = .01$, a to se slabým efektem účinku ($r = .12$). Lze tedy potvrdit v uvedené položce rozdíl mezi skupinami, pokud jde o aktuální užívání marihuany a dalších konopných látek. P-hodnota je však hraniční a effect size slabý, že nulovou hypotézu zamítám pouze s obezřetností. Průměr pořadí je vyšší u skupiny účastníků

(45849.5 versus 41721.5), mají tedy mírně častější zkušenost s drogou. Zamítám věcnou hypotézu, že účastníci programu budou konzumovat THC méně než respondenti z kontrolní skupiny. Rozdíl je dán zejména občasnou konzumací jednou až dvakrát měsíčně. Medián 1 u obou skupin ale naznačuje, že respondenti jako celek nejsou užíváním marihuany z hlediska frekvence příliš ohroženi.

Graf 43 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále dosavadní zkušenosti s THC – konzumace marihuany u kamarádů. Otázka zjišťovala frekvenci užívání marihuany u kamarádů.



(Graf 43 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC)

Z grafu je patrné, že v celkovém počtu respondentů ($n = 418$) převažují ti, kteří nemají ve svém okolí kamarády konzumující marihuanu. Přesto je ale ve skupině účastníků 76 respondentů, kteří vídají svoje kamarády konzumovat 1–2x měsíčně, a 12, kteří je vidí konzumovat 1x týdně.

Tabulka 52 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 43: „Jak často vídáš svoje kamarády konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“

	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Vůbec	118	56.19	157	75.48	275	65.79
Jednou až dvakrát za měsíc	76	36.19	32	15.38	108	25.84
Jednou týdně	12	5.71	7	3.37	19	4.54
Několikrát týdně	3	1.43	7	3.37	10	2.39
Denně	1	0.48	5	2.40	6	1.44
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Jak také naznačuje Tabulka relativních četností níže, v kontrolní i účastnické skupině dominují respondenti, kteří nemají ve svém okolí kamarády konzumující marihuanu. Pouze 6 respondentů z celého souboru uvedlo, že ve svém okolí vídají kamarády, kteří konzumují marihuanu (1.4 %), z nichž je 5 respondentů z kontrolní skupiny a pouze 1 je ze skupiny účastníků.

Pro porovnání celkové zkušenosti s marihuanou a konopnými produkty v sociálním prostředí respondentů byl proveden Mann Whitey U-test. Výsledky ukazuje Tabulka 53.

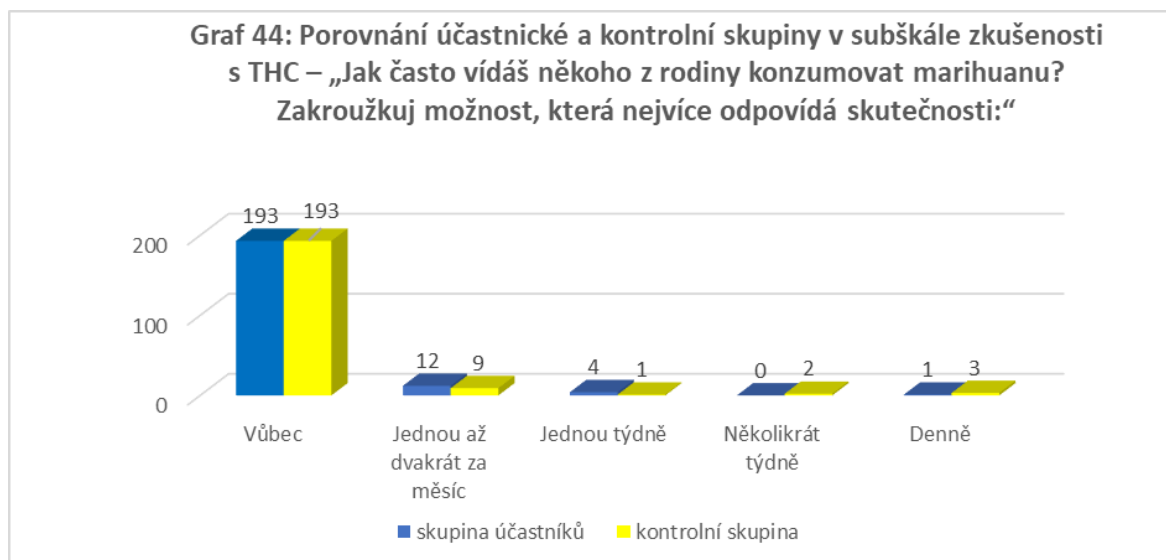
Tabulka 53 - Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 43: „Jak často vídáš svoje kamarády konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .67	1 ± .89	U = 25405.5 Z = 3.46	p = .001***	r = .17
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Z tabulky porovnávající celkovou frekvenci užívání marihuany mezi kamarády účastníků (Mdn = 1, SD = .67) a respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 1, SD = .89) plyne, že se prokazuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, U = 25405.5, z = 3.46, p = .001, a to se slabým efektem účinku (r = .17).

Lze tedy konstatovat v uvedené položce rozdíl mezi skupinami, pokud jde o aktuální užívání marihuany a dalších konopných látek. Zamítám nulovou hypotézu. Pokud jde o hypotézu věcnou, zamítám ji též, neboť sum-rank u skupiny účastníků je vyšší než u kontrolní skupiny (47560.5 versus 40010.5). Skupina účastníků má ve svém okolí kamarády, kteří častěji konzumují sledovanou drogu. Rozdíl je opět v občasné konzumaci látky.

Graf 44 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále dosavadní zkušenosti s THC – konzumace v rodině. Otázka zjišťovala, jak často vídají respondenti někoho z rodiny konzumovat marihuanu.



(Graf 44 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC)

Zajímavým ukazatelem je, že byl shodný počet respondentů v kontrolní skupině a skupině účastníků, kteří zvolili možnost, že jejich rodinní příslušníci vůbec nekonzumují marihuanu ($n = 386$). Obě skupiny působí v tomto směru vyváženě.

Tabulka 54 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 44: „Jak často vídáš někoho z rodiny konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“

	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Vůbec	193	91.90	193	92.79	386	92.34
Jednou až dvakrát za měsíc	12	5.71	9	4.33	21	5.02
Jednou týdně	4	1.90	1	0.48	5	1.20
Několikrát týdně	0	0	2	0.96	2	0.48
Denně	1	0.48	3	1.44	4	0.96
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka ukazuje, že celkově dominují respondenti, kteří nemají rodinné příslušníky konzumující marihuanu (92.34 %). 21 respondentů vidí někoho z rodiny konzumovat jednou až dvakrát za měsíc (necelých 6 % z účastníků a 4 % z kontrolní skupiny). 4 respondenti uvedli, že vídají někoho z rodiny konzumovat marihuanu denně, 3 z nich byli v kontrolní skupině a 1 ve skupině účastníků. Z hlediska možného vlivu prostředí na respondenty je toto zjištění nepochybně velmi pozitivní.

Pro porovnání celkové zkušenosti s marihuanou a konopnými produkty v rodině respondentů byl opět proveden Mann Whitey U-test. Výsledky ukazuje Tabulka 55.

Tabulka 55 Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 44: „Jak často vidáš někoho z rodiny konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“ (U-test)

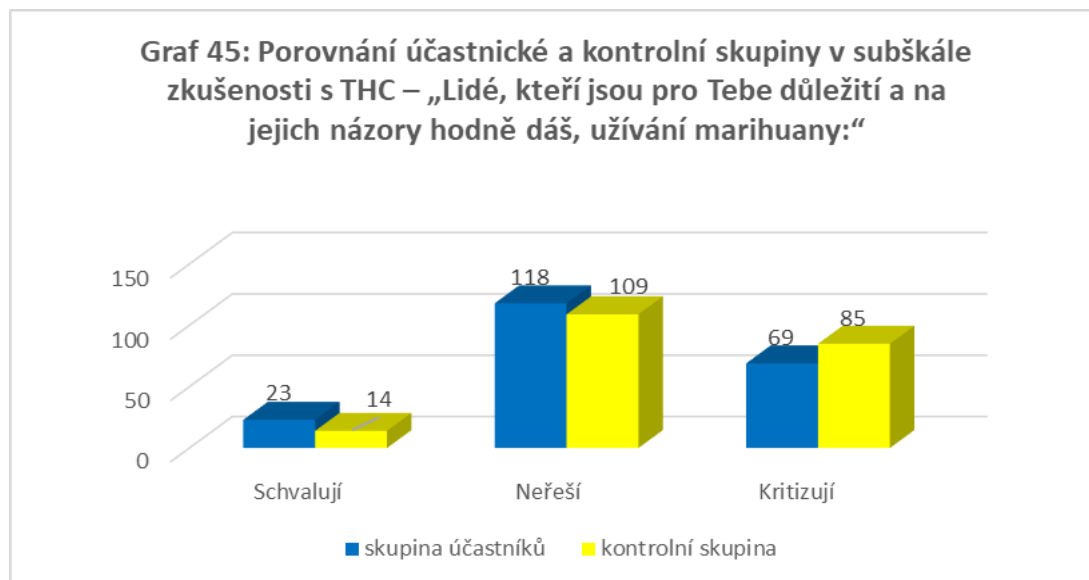
Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
1 ± .44	1 ± .60	U = 22011 Z = .29	p = .764	r = .015

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Z tabulky porovnávající celkovou frekvenci užívání marihuany u rodinných příslušníků účastníků (Mdn = 1, SD = .44) a respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 1, SD = .60) plyne, že se neproказuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, U = 22011, z = .29, p = .764.

Lze tedy konstatovat v uvedené položce se rozdíl mezi skupinami neprokázal. Nezamítám nulovou hypotézu, zamítám věcnou hypotézu, v rodinách respondentů se dle jejich tvrzení navíc marihuana téměř nekonzumuje.

Graf 45 ukazuje porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále dosavadní zkušenosti s THC.



(Graf 45– Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC)

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů uvedlo, že lidé, kteří jsou pro ně důležití, a na jejichž názor hodně dají, neřeší užívání THC, a to jak v kontrolní skupině (n = 109), tak ve skupině účastníků (n = 118).

Tabulka 56 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 45: „Lidé, kteří jsou pro Tebe důležití a na jejich názory hodně dáš, užívání marihuany:“

	Účastníci	%	Kontrolní	%	Celkem N	Celkem %
Schvalují	23	10.95	14	6.73	37	8.85
Neřeší	118	56.19	109	52.40	227	54.31
Kritizují	69	32.86	85	40.87	154	36.84
Celkem N	210	100 %	208	100 %	418	100 %

Tabulka ukazuje, že nejvíce respondentů uvedlo, že lidé, kteří jsou pro ně důležití a na jejichž názor hodně dají, neřeší užívání THC (54.31 %). Dále 154 respondentů, uvedlo, že jejich okolí užívání marihuany kritizuje, oproti 37 respondentům, uvádějícím, že jejich okolí užívání marihuany schvaluje. Zde převládá skupina účastníků (10.95 %) oproti 6.73 % u kontrolní skupiny. Respondenti žijí v prostředí, kde se užívání látky příliš neřeší, jsou, což z hlediska prevence není úplně šťastné.

Tabulka 57 – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 45: „Lidé, kteří jsou pro Tebe důležití a na jejich názory hodně dáš, užívání marihuany:“ (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
2 ± .63	2 ± .60	U = 24016.5 Z = 3.67	P = .047**	r = .1

$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$

Z tabulky porovnávající názory blízkého okolí respondentů na užívání marihuany plyne, že u skupiny účastníků (Mdn = 2, SD = .63) a respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 2, SD = .60) plyne, že se prokázal na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami, $U = 24016.5$, $z = 3.67$, $p = .047$, $r = .1$. Zamítám H_{10} i H_{1v} , lidé ze skupiny účastníků jsou v kontaktu více s důležitými lidmi, kteří mají k marihuaně méně kritický vztah. To potvrzuje hodnota naměřeného U, resp. rank-sum (41818.5 versus 45752; vzhledem k tomu, že v této škále 3 = kritika a 1 = schvalování, je logicky podělený součet pořadí nižší).

Závěry k porovnání zkušenosti s THC a zodpovězení DVO4

V dotazníku jsou dosavadní zkušenosti respondentů s THC sledovány položkami č. 42–45. Mann Whitney U-testem byly porovnány frekvenční položky, které měly stejný počet bodů škály (vyloučena tedy byla položka 45). Níže uvádíme tabulku 17, která ukazuje celkové porovnání kontrolní skupiny a skupiny účastníků v subškále dosavadní zkušenosti s THC.

Tabulka 58 - Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC (U-test)

Účastníci programu	Kontrolní skupina	Mann Whitney U-test	p-hodnota	effect size
n = 210	n = 208			
Shapiro Wilk p <.001	Shapiro Wilk p = <.001			
Mdn ± SD	Mdn ± SD			
3 ± 1.24	3 ± 1.75	U = 25455.5 Z = 3.67	P = .001***	r = .16
$\alpha \leq .05^*$, $\alpha \leq .01^{**}$, $\alpha \leq .001^{***}$				

Celkové porovnání 210 respondentů, kteří prošli programem (Mdn = 3, SD = 1.24) a 208 respondentů, kteří programem neprošli (Mdn = 3, SD = 1.75), ukazuje na hladině .05 signifikantní rozdíl mezi skupinami v subškále zkušenosti s THC, U = 25455.5, Z = 3.67, p = .001, a to se slabým efektem účinku (r = .16). Data svědčí mírně v neprospěch účastníků programu, neboť součet pořadí: 47610.5 versus 39960.5. Medián 3 znamená, že ve třech položkách jednotlivě byl medián 1, značící malý kontakt účastníků i kontrolní skupiny s drogou.

Pokud jde o zodpovězení DVO4 (existuje statisticky významný rozdíl u respondentů ze skupiny účastníků a kontrolní skupiny v užívání THC?), zamítám nulovou hypotézu. Tento rozdíl ale existuje v neprospěch účastníků programu. Zamítám tedy také hypotézu věcnou, účastníci na tom nejsou, pokud jde o zkušenost s drogou, lépe než respondenti z kontrolní skupiny. Jejich zkušenost s marihuanou není sice častá (jak ukazuje medián 1 položek č. 42, 43, 44), nedá se ale říci, že by byla nulová. Mírně častěji než kontrolní skupina, marihuanu konzumují, častěji ji vídají požívat i svoje kamarády. Jak ukázala položka č. 45, lidé, kteří na ně mají vliv, problém konzumace látky signifikantně méně řeší (položka č. 45), zatímco prostředí respondentů kontrolní skupiny je k užívání látky více kritické.

Pozitivní je, že v rodinách respondentů nejsou drogy ve většině konzumovány, ani rozdíl se v tomto aspektu mezi respondenty neprokázal.

8.4 Druhá fáze výzkumu – kvalitativní šetření u pedagogických pracovníků ke zhodnocení efektivity programu primární protidrogové prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky

Smyslem kvalitativního šetření bylo získání zpětné vazby na efektivitu programu od těch pedagogických pracovníků škol, kteří se přímo účastnili programu primární prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky. Záměrem bylo pokusit se o hlubší porozumění výsledkům šetření a rozšířit získané poznatky.

8.4.1 Výzkumné otázky

Ve druhé fázi byly sledovány dílčí cíle 5–7 (viz kap. 8.2.1). Na základě těchto cílů byly formulovány následující dílčí výzkumné otázky:

DVO5: Jak pedagogičtí pracovníci hodnotí efektivitu programu primární prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky – silné a slabé stránky programu?

DVO6: Jaké specifické kompetence se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře?

DVO7: Byl podle pedagogických pracovníků program přiměřený pro věkovou skupinu?

8.4.2 Metodologie

Jak bylo uvedeno, v počáteční fázi výzkumu bylo použito dotazníkové šetření u žáků a studentů. V druhé fázi bylo záměrem pokusit se o hlubší porozumění výsledkům šetření a rozšířit získané poznatky o pohledy ze strany pedagogických pracovníků. Pro druhou část výzkumu byly tedy zvoleny semistrukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky.

Výhodou zvoleného typu rozhovoru je dle Hendla (2016) to, že participant může sdělit své vlastní perspektivy, zkušenosti, popsat a kriticky posoudit získané výsledky. Tazatel navíc využívá seznamu otázek, jenž je nutný během rozhovoru probrat, ale s pořadím či formulací otázek může při zachování zaměření rozhovoru relativně volně zacházet. Za rámcový přístup pro analýzu získaných výpovědí respondentů byl zvolen realistický přístup, jenž je dle Švaříčka a Šed'ové (2007) považován za popis určité vnější skutečnosti či vnitřní zkušenosti. Polostrukturovaný rozhovor mi umožnil vytvořit si seznam otázek, kterých jsem se mohla držet, zároveň mi poskytl v dotazování určitou

svobodu, když se v rámci rozhovoru vyskytla další témata, na které jsem se doptávala. Výhodou rozhovoru je bezesporu možnost zachytit informace prostřednictvím výpovědí v jejich přirozené podobě (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Během rozhovorů byl pořizován jak audiozáznam, tak i písemný zápis. Z dat získaných v průběhu semistrukturovaných rozhovorů byla vytvořena doslovná transkripce. Zde bylo pro transkripci využito funkcionality „Diktovat“ programu Word 2019.

8.4.2.1 Zpracování dat

Pro analýzu přepisů rozhovorů byly užity analytické techniky poznámkování, otevřeného kódování, kategorizace a vyložení karet, které umožňují kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádat do obrazce či linky, jež sestaví text tak, že se jedná o převyprávění obsahu jednotlivých kategorií (Hendl, 2016, Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Kódování bylo prováděno metodou tužka-papír a zanášeno do počítačového programu Excel 2019.

Otevřené kódování bylo zvoleno z důvodu jeho jednoduchosti a účinnosti. Otevřené kódování je technika, která byla vyvinuta v rámci zakotvené teorie. V této práci na formulaci zakotvené teorie neaspiruji, využiji však kódování k analýze dat. Otevřené kódování se díky své účinnosti a jednoduchosti používá ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Jde o část analýzy, *„která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných“* (Strauss, Corbinová, 1999, s. 44). Při otevřeném kódování je text rozbit na jednotky, kterým jsou přiřazena jména, a s takto nově označenými fragmenty texty výzkumník poté dále pracuje. Jednotkou může být slovo či řada slov, věta či odstavec. Každé takto vzniklé jednotce se přiřazuje kód, tedy jméno nebo označení, které ji nejlépe vystihuje. Určitá jednotka reprezentující více než jedno klíčové slovo je označena více kódy současně. Byl vytvořen seznam existujících kódů, ze kterých je poté možné systematicky kategorizovat. To znamená, že kódy, které vzešly z otevřeného kódování, byly seskupeny podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti. V rámci hierarchizace šlo o to, že jednotlivé úryvky z dat byly nejprve podřazeny různým kódům a jednotlivé kódy byly následně podřazeny různým kategoriím (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Pro prezentaci výsledků byla užita metoda vyložení karet, která je jednoduchou nadstavbou na otevřené kódování, pro účely doplňující výzkumné sondy však postačuje. Tato metoda umožnila kategorizovaný seznam kódů uspořádat a postavit do určité linky. Pomohla sestavit text tak, aby mohl být převyprávěn obsah jednotlivých kategorií, zároveň však nebyl užity všechny kategorie, nýbrž pouze ty, které se vztahovaly k výzkumným otázkám a mezi kterými se objevovala nějaká souvislost (Švaříček, Šed'ová, 2007).

8.4.3 Popis výzkumného vzorku – pedagogičtí pracovníci

Tabulka 59 – *Soubor participantů pro semistrukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky (n = 4).*

Informanti	Pracovní pozice	Typ školy	Nejvyšší dosažené vzdělání
I 1 – muž – 28 let	Metodik prevence	Víceleté gymnázium	VŠ
I 2 – žena – 45 let	Učitelka na víceletém gymnáziu	Víceleté gymnázium	VŠ
I 3 – žena – 52 let	Zástupkyně ředitele školy a metodička prevence	Základní škola	VŠ
I 4 – žena – 33 let	Učitelka 2. stupně na ZŠ	Základní škola	VŠ

Jak lze vyčíst z tabulky, výzkumný vzorek tvořili čtyři pedagogičtí pracovníci, jeden muž a tři ženy. Dva působili na základní škole, dva na víceletém gymnáziu. Nejmladší z pedagogů, osmadvacetiletý učitel, zastával funkci metodika prevence a byl téměř na počátku profesní dráhy. Z pedagožek byla služebně nejmladší třiatřicetiletá učitelka druhého stupně ZŠ. Další dvě učitelky měly praxi více než 20 let, jedna působila na víceletém gymnáziu, druhá zastávala navíc funkci zástupkyně ředitele i metodičky prevence. Vzorek byl záměrně pestrý, aby mohl zachytit více úhlů pohledu na zkoumanou problematiku.

8.4.4 Výsledky druhé fáze výzkumu

Výsledky výzkumu jsou prezentovány technikou otevřených karet. Pro analýzu dat této části bylo použito otevřené kódování. Vzniklé kódy jsou zařazeny do jednotlivých kategorií. Podle kategorií jsou pojmenovány následující podkapitoly, v nichž se objevují názvy příslušných kódů. Výsledky jsou prezentovány ve vztahu k výzkumným otázkám formulovaným pro tuto fázi výzkumu.

(Pozn.: Autentické citace ze semistrukturovaných rozhovorů, uvedené kurzivou a v uvozovkách, jsou ponechány v původní, nekorigované podobě).

Tabulka 60 - Přehled kategorií a kódů druhé fáze výzkumu

Výzkumná otázka	Kategorie	Kódy
Rozvoj kompetencí (DVO6)	Nejlépe naplněná kompetence	Znalostní kompetence Kvalitní teoretický základ
	Nejhůře naplněná kompetence	Kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání
Hodnocení programu (DVO5)	Negativa – slabé stránky programu	Deficit zážitkové pedagogiky
	Pozitiva – silné stránky programu	Otevřená diskuze
		Postojové nastavení lektorů
		Trpělivost a vstřícnost lektora
	Faktory prostředí a program	Tlak sociální skupiny (skupinová identita)
		Postoje a hodnoty rodiny
Přiměřenost programu (DVO7)	Přiměřenost pro cílovou skupinu	Vývojové a kognitivní potřeby adolescentů

Kategorie 1: Rozvoj kompetencí, které jsou v programu naplňovány nejvíce efektivně a které nejméně (DVO6)

Kvalitní teoretický základ – znalostní kompetence

Všichni informanti zmiňují, že nejlépe je naplňována v programu zaměřeném na užívání THC a jiných konopných látek znalostní kompetence. Dodávají, že program je silně založen na teoretickém základu, ze kterého vyplývají i cíle, které program má. Informant 1 říká, že program má: „*Kvalitní teoretický základ skrze znalostní kompetence.*“

Informantka 2 také zmiňuje kvalitní teoretický základ programu: „*Program má kvalitní teoretický základ, vyvrací mýty spojené s užíváním marihuany, informuje o rizicích THC a je v něm zmíněn i legislativní rámec související s konopím.*“ Informantka 4 se také domnívá, že je v programu naplněna nejlépe znalostní kompetence: „*Nejlépe je dle mého názoru naplněna znalostní kompetence – program má silný teoretický koncept.*“

Informant 3 uvádí rozsáhlejší odpověď, ve které opět zmiňuje silný teoretický základ programu: „*Program pomáhá pochopit různé formy užívání, včetně míry rizika a účinků. Také napomáhá rozlišit terminologii marihuany a léčebného konopí, tatáž látku může škodit i pomáhat. Žáci se také dozvěděli o krátkodobých a dlouhodobých následcích užívání marihuany. Program je dle mého názoru efektivní, je velice kvalitně zpracován, co se týká teoretického základu.*“

Strategie jednání – kompetence resistance vůči nabídce

Dle informantů je nejhůře naplněna kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání. Informanti se domnívají, že by v programu mohlo být více přímých technik odmítání. Informant 4 zmiňuje, že program postrádá přímou techniku odmítnutí návykové látky: „*Program postrádá přímou techniku na posilování odmítnutí návykové látky.*“ Informantka 2 hovoří o tom, že dle jejího subjektivního názoru je nejhůře naplněná kompetence resistance vůči nabídce: „*...v programu mi chybí aktivita, kde by si žáci vyzkoušeli strategie jednání, jak odmítnout konopí a tomu, jak čelit sociálnímu tlaku od vrstevníků.*“

Kategorie 2: Hodnocení programu, jeho silných a slabých stránek (DVO5)

Otevřená diskuze jako silná stránka programu

Možnost otevřené diskuze hodnotí pozitivně všichni informanti. Informant 1 říká: „*Nejvíce na programu oceňuji možnost otevřené diskuze.*“ Informant 2 také zmiňuje, že: „*Program nabízí žákům otevřenou diskuzi, dává jim možnost zkvalitnit sociální komunikaci mezi sebou navzájem a pomáhá tak i ke zlepšení vztahů ve třídě.*“

Informant 3 si uvědomuje, že: „*Je, skvělé že studenti mohli reagovat otevřeně, rozvinout diskuzi na dané téma a doptávat se lektora. Diskuze je to, co žáci tady té třídy potřebují. Znat svoje názory navzájem, mluvit o nich a nebát se...*“

Informant 4 také oceňuje možnost otevřené diskuze ve skupině: „*Pozitivně hodnotím především diskuzi, která se rozvinula ve skupině. Žáci si tak mohli zkvalitnit komunikaci se svými vrstevníky a otevřeně hovořit o tématu návykové látky.*“

Postojové nastavení lektorů jako silná stránka programu

Pro informanty je důležité, aby lektori projevovali zájem nejen o téma, se kterým do třídy přichází, ale i o žáky. Jsou rádi, když se žáky lektori hovoří otevřeně, zajímají se a doptávají. Se zájmem o jednotlivé žáky souvisí vždy individuální přístup lektora a jeho postojové nastavení.

Informantka 2 říká: „*Na programu velice oceňuji postojové nastavení lektorů, je vždy nehodnotící.*“ Informantka 4 také oceňuje nevyhraněný přístup lektora: „*...je skvělé, jak umí lektorka pracovat s dynamikou skupiny, je vždy profesionální, má nevyhraněný postoj, který je respektující vůči žákům a nehodnotí je.*“

Trpělivost a vstřícnost lektora jako silná stránka programu

Trpělivost a vstřícnost lektora v programu je důležitá pro většinu informantů. Informanti říkají, že žáci občas potřebují něco vysvětlit víckrát, a oceňují, když jim lektor pomůže téma pochopit více do hloubky. Informant 1 říká: „*Oceňuji přístup ze strany lektora, byl respektující, trpělivý a názorově nevyhraněný. Lektor se snažil téma probírat do hloubky, některé informace opakoval a studenti si tak mohli utřídit nově získané informace.*“

Informant 3 zmiňuje přínosy, které má program, ale i přínosy samotného lektora: „*Přínosem programu je především to, že lektori této organizaci jsou opravdu zkušení experti na téma marihuany. Nejen, že žákům poskytují nové informace, ale nechávají žákům prostor na doptávání, žáky nehodnotí. Téma vysvětlují trpělivě a jsou vždy vstřícní k nám pedagogům*“

Deficit zážitkové pedagogiky jako slabá stránka programu

Informanti zmiňují, že v programu postrádali více aktivit založených na bázi zážitkové pedagogiky. Informant 1 říká: „*Program by mohl obsahovat více aktivit zážitkové pedagogiky.*“ Informant 3 také zmiňuje: „*...mrzí mě, že program neobsahoval více technik na bázi zážitkové pedagogiky.*“ Informantka 2 také hovoří o tom, že jí ze subjektivního hlediska v programu chybí využití principů zážitkové pedagogiky: „*...zážitková pedagogika je pro tuto generaci velice atraktivní, v tomto programu jsem*

vnímala její velkou absenci, zejména v nějakém aktivním zkoušení spojeném s technikami odmítání návykové látky.“

Faktory prostředí a program

V rámci prostředí uvažujeme o demografických charakteristikách, kultuře, subkultuře, sdělovacích prostředcích, rodině, vrstevnické skupině, které kromě přímého působení mají na uživatele vliv skrze socializační procesy. Problém může nastat, když má okolí jedince souhlasný postoj k užívání drog nebo má jedinec např. nedostatečné využití volného času, či jsou drogy pro něj vysoce dostupné. Informanti v semistrukturovaných rozhovorech zmiňují, že je velice důležité ukotvit zdravé postoje žáků k realitě zneužívání návykových látek a umět čelit sociálnímu tlaku.

Žák a identita vs. tlak sociální skupiny (skupinová identita)

Z rozhovorů je zřejmé, že většina informantů zmiňuje, že program pomáhá žákům srovnat postoj svůj a postoj sociální skupiny (svých vrstevníků) a díky reflexivnímu vedení z pozice lektora tento postoj následně ukotvit nebo změnit. Informant 1 říká: *„Program pomáhá ukotvit postoje vrstevníků a reflektuje tlak sociální skupiny.“*

Informantka 4 také uvádí, že: *„...nejčastěji se jedinec setká s drogou u svého kamaráda či v partě vrstevníků, je dobré být připraven, čelit sociálnímu tlaku skupiny a odmítnout.“* Tlak sociální skupiny zmiňuje i informantka 3: *„Je důležité, aby žáci byli připraveni se vyrovnat s tlakem sociální skupiny, uměli návykovou látku odmítnout a neměli přitom špatné pocity.“*

Žák vs. hodnoty rodiny

Hodnotovou orientaci (a z ní vycházející postoje) můžeme označit za jeden z víceméně trvalých motivů, které určují směr dalšího chování u adolescentů. Informanti však zmiňují i to, že velkou neznámou v preventivních snahách jsou rodiče, resp. rodinné zázemí žáků a studentů.

Informant 1 říká: *„Program může být efektivní, jak chce, ale ve chvíli, kdy dítě má doma rodiče, či sourozence, který užívá marihuanu a má ho jako vzor, tak si myslím, že je to ten největší problém. V tu chvíli, když má rodič nebo sourozenec souhlasný postoj k užívání drog, tak se těžko vysvětlí dítěti, že dělá něco špatně.“* Informant 3 také zmiňuje vliv fungování rodiny na jedince: *„...myslím, že je důležité, aby program pomohl žákům ukotvit zdravé postoje k realitě zneužívání návykových látek. Problém může však nastat ve*

chvíli, kdy drogy jsou součástí sociálního prostředí adolescenta a jeho rodič nadměrně užívá marihuanu.“

Kategorie 4: Přiměřenost pro danou věkovou skupinu (DVO7)

Vývojové a kognitivní potřeby adolescentů

Informanti se shodli, že program akcentuje potřeby cílové skupiny a je pro ni vhodný. Informant 1 říká: *„Program akcentuje potřeby cílové skupiny, je pro ni vhodný.“* Informant 3 zmiňuje vhodnost programu pro cílovou skupinu dětí a mládeže: *„Program přizpůsobuje aktivity cílové skupině, je z mého úhlu pohledu pro ni vhodný, zabývá se zejména aktivitami, které vycházejí z vývojových potřeb, které patří k období adolescence.“*

Informant 4 dodává, že program zohledňuje vývojové a kognitivní potřeby adolescentů ve vztahu k věkové skupině: *„Program odpovídá vývojovým i kognitivním potřebám dětí a adolescentů ve věku 13 až 18 let.“* Informant 2 dodává jeho subjektivní úhel pohledu týkající se přiměřenosti pro danou věkovou skupinu, doplněný o hodnocení efektivity: *„Program je dle mého názoru efektivní na 100 %, je přiměřený pro skupinu dětí v osmé a deváté třídě, také pro střední školy a odpovídající ročníky na gymnáziích.“*

8.4.5 Závěry rozhovorů s učiteli – zodpovězení výzkumných otázek

DVO5: Jak pedagogičtí pracovníci hodnotí efektivitu programu primární prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky – silné a slabé stránky programu?

Informanti z řad pedagogických pracovníků zařadili mezi silné stránky programu otevřenou diskuzi, postojové nastavení lektorů a trpělivost a vstřícnost ze strany lektorů. Mezi slabé stránky programu řadí zážitkovou pedagogiku. Zmiňují, že v programu postrádali více aktivit založených na bázi zážitkové pedagogiky.

V rámci hodnocení programu zmínili také vliv prostředí, ať již tlaku vrstevníků nebo nevhodného působení rodiny, které program nemůže eliminovat, i kdyby byl sebevíce efektivní.

DVO6: Jaké specifické kompetence se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře?

Všichni informanti zmiňují, že nejlépe je naplňována v programu zaměřeném na užívání THC a jiných konopných látek znalostní kompetence. Dodávají, že program je silně založen na teoretickém základu, ze kterého vyplývají i cíle, které program má. Nejhůře je pak dle informantů naplněna kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání. Informanti se domnívají, že by v programu mohlo být více přímých technik na odmítání návykové látky. Informanti také zmiňují, že je velice důležité ukotvit zdravé postoje žáků k realitě zneužívání návykových látek a umět čelit sociálnímu tlaku.

DVO7: Byl podle pedagogických pracovníků program přiměřený pro věkovou skupinu?

Informanti se shodli, že program akcentuje potřeby cílové skupiny a je pro ni vhodný. Informanti také zmínili, že program akcentuje vývojové a kognitivní potřeby adolescentů ve věku od 13 do 18 let.

8.5 Třetí fáze výzkumu – expertní šetření u lektorů programu primární protidrogové prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky

Ve třetí fázi výzkumu byly výsledky z dotazníkového šetření a semistrukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky ještě doplněny o expertní šetření u odborníků z praxe s využitím semistrukturovaných rozhovorů ($n = 4$). Ideou bylo, že realizace expertního šetření od lektorů, jakožto přímých účastníků programu, umožní i komplexní zpětnou vazbu programu pro organizaci. Expertní šetření je tedy aplikovaným završením výzkumu.

8.5.1 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka, v pořadí osmá, vycházela z dílčího cíle č. 8 (viz Kap. 8.2.1) a zněla takto:

DVO8: Jaké jsou podle lektorů, kteří přímo tento program primární prevence zaměřený na THC a jiné konopné látky lektorují, silné a slabé stránky programu?

8.5.2 Metodologie

Expertní metoda byla zvolena pro svůj výzkumný potenciál hlubšího poznání zkoumané reality i pro svůj pomocný a doplňující ráz při zajištění optimální výzkumné strategie a vytváření doporučení pro praxi. Je založena nejen na specifických znalostech, ale zejména na praktických zkušenostech expertů, kteří tak vnášejí plodnou konfrontaci k řešení daného problému. Při vymezení pojmu expert vycházíme z přehledové studie Píšové (2010, s. 243), v níž se uvádí, že expert je „osoba široce uznávaná jako spolehlivý zdroj znalostí, dovedností či technik, jejímuž úsudku je veřejností i odborníky připisována autorita a status. Má v určité konkrétní oblasti dlouhodobou nebo intenzivní zkušenost danou praxí a vzděláním“. Využit byl opět semistrukturovaný rozhovor.

Odpovědi expertů navazovaly na výsledky dotazníkového šetření, přičemž byly zjišťovány zejména jejich názory a postoje k daným hodnocením, a to z hlediska jejich praxe a zkušeností s prací se šetřenou skupinou. Skutečnost, že tazatel a dotazovaný expert sdílí společné vědecké téma, může vést k motivaci dotázaného sdělit otevřeně informace z praxe, kdy například Hendl (2016) zdůrazňuje, že je dobré udělat vše proto, aby byl zvýšen zájem experta na kvalitním výsledku výzkumu.

Expertní šetření probíhalo formou semistrukturovaných rozhovorů, kdy hlavním zdrojem pro stanovení struktury otázek byly zjištěné výsledky v kvantitativní části

výzkumu. Cíleně bylo směřováno k evaluaci silných a slabých stránek programu a k celkovému zvýšení validity výsledků. Rozhovory byly prostoupeny metodou komunikativní validizace, kterou Creswell (2002) popisuje, jako komunikaci založenou na průběžném ověřování skutečnosti tím, že expert daným jevům rozumí ve stejném smyslu jako výzkumník.

Celkově byly realizovány čtyři rozhovory (ukázka přepisu rozhovoru viz Příloha 4). Rozhovory trvaly v průměru 30 minut. Zpracovány byly stejně jako rozhovory s pedagogickými pracovníky, tedy s využitím otevřeného kódování a následné kategorizace (viz kap. 8.3).

8.5.3 Popis výzkumného vzorku – lektori

Tabulka 61 - Soubor participantů pro semistrukturované rozhovory s lektory ($n = 4$)

Informanti	Pracovní pozice v organizaci	Délka praxe
I 1 – žena – 28 let	Lektorka látkové prevence	4 roky
I 2 – muž – 33 let	Lektor látkové prevence a metodický garant	10 let
I 3 – žena – 24 let	Lektorka látkové prevence	2 roky
I 4 – žena – 22 let	Lektorka látkové prevence	2 roky

V Tabulce 61 je zachycen přehled informantů zapojených do expertního šetření. Byli vybráni na základě jejich aktivní účasti na hodnoceném programu primární prevence. Ze čtyř participantů je jeden muž a tři ženy. Dvě z lektorek byly téměř na počátku svého působení v organizaci. Profesně nejstarší z lektorů byl muž ve věku 33 let, který v organizaci zároveň působil jako metodický garant a podílel se na tvorbě metodik týkajících se látkové prevence. Jeho funkci nyní přebírá informantka č. 1, která má čtyřletou praxi v rámci látkové prevence.

8.5.4 Výsledky třetí fáze výzkumu

Výsledky jsou prezentovány ve vztahu k výzkumné otázce formulované pro tuto fázi výzkumu. Vzniklé kódy jsou zařazeny do jednotlivých kategorií. Podle kategorií jsou pojmenovány následující subkapitoly, v nichž se objevují názvy příslušných kódů.

(Pozn.: Autentické citace ze semistrukturovaných rozhovorů, uvedené kurzivou a v uvozovkách, jsou ponechány opět v původní, nekorigované podobě).

Tabulka 62 – Přehled kategorií a kódů třetí fáze výzkumu

Výzkumná otázka	Kategorie	Kódy
Hodnocení – silné a slabé stránky programu z pohledu lektorů (DVO 8)	Pozitiva: Kvalitní teoretický základ	Kvalitní teoretický základ
		Terminologie
		Způsoby užívání
	Osobnost lektora	Nehodnotící přístup lektora
		Odborná příprava lektora
	Prezentování tématu	Nešokovat
		Diskuse s žáky
		Interaktivnost
	Posilování neuzivatelského postoje	Negativní postoj k rizikovému užívání
		Posilování sebehodnoty žáka
	Negativa: Deficit kompetencí	Přímé techniky odmítání návykové látky
		Neakcentování sociálního tlaku vrstevnické skupiny
	Málo informací ohledně nových trendů v užívání konopí	Informace o nových způsobech užití
		Informace o legalizaci konopí

Kategorie 1: Silné stránky programu z pohledu lektorů:

Mezi silné stránky dle lektorů patří kvalitní teoretický základ programu, osobnost lektora, prezentování tématu a posilování neuzivatelského postoje.

Kvalitní teoretický základ skrze znalostní kompetenci

Informanti z řad lektorů se shodli, že program je založen na silném teoretickém základu, ze kterého vyplývají i cíle a očekávané výstupy, které program má.

Informantka 4 zmiňuje jako silnou stránku programu, pochopení různých forem užívání kanabinoidů a teoretický rámec programu: „*Domnívám se, že program pomáhá žákům pochopit různé formy užívání kanabinoidů (včetně míry rizika a účinku). Má kvalitní teoretický základ, což považuji za jeho silnou stránku...*“

Informant 2 zmiňuje jako silnou stránku programu terminologii týkající se marihuany: „*Program pomáhá odlišit rovinu užívání kanabinoidů pro rekreační účely a pro léčebné účely – rozlišení terminologie marihuana a léčebné konopí. Také pomáhá objasnit základní pojmy týkající se tohoto tématu a jejich souvislosti. Program má mimo jiné dobře navrženou koncepci a je založen na teoretickém základu.*“

Z odpovědí plyne dominantní orientace programu na znalosti a léčebné a uživatelské souvislosti užívání marihuany a dalších konopných produktů.

Osobnost lektora

Informanti se shodli na tom, že velký vliv na předávání informací směrem k žákům má i osobnost lektora. Lektori se snaží žáky nehodnotit a mít k nim v průběhu programu partnerský, nehodnotící vztah. Informant 3 zmiňuje: „*Na programu je skvělé nehodnotící a partnerské nastavení lektorů, já a moji kolegové se snažíme brát žáky jako sobě rovné a mít k nim rovnocenný přístup po celou dobu programu...*“

Informantka 1 také zmiňuje profesionalitu lektorů jakožto silnou stránku programu: „*Za silnou stránku programu považuji profesionalitu nás lektorů, včetně kvalitního školení, které organizace poskytuje.*“

Prezentování tématu

Informanti hovoří o tom, že je velice důležité, jak se prezentuje téma návykových látek. Říkají, že je důležité, aby nebylo téma prezentováno šokujícím nebo restriktivním způsobem a tuto skutečnost na programu oceňují. Informantka 4: „*Na programu je skvělé a velice důležité to, že se neprezentuje téma šokujícím způsobem, ani kriminalizujícím postojem.*“

Za další silné stránky informanti v rámci prezentování tématu považují prostor pro diskuze s žáky, přizpůsobení aktivit cílové skupině a interaktivnost programu: „*Prostor pro diskuze s žáky je velice silnou stránkou programu.*“ (Informant 1)

„Je skvělé, že se dají přizpůsobit aktivity cílové skupině.“ (Informant 2)

„Domnívám se, že interaktivnost programu je jednou z hlavních silných stránek, co program má.“ (Informant 3)

Posilování neuzivatelského postoje

Informanti zmiňují, že silnou stránkou programu je také upevnění neuzivatelského postoje a zabránění přechodu z experimentování k pravidelnému užívání marihuany: „Za silnou stránku programu považuji upevnění neuzivatelského postoje a sebehodnoty žáka.“ (Informantka 1).

Také podle mínění Informantky 3 je v tomto směru program úspěšný: „Program posiluje negativní postoje k rizikovému užívání marihuany.“ S tím souhlasí i Informantka 4, která uvádí, že program má bránit přechodu od experimentování k užívání látky: „Pozitivum programu je, že program pracuje s tématem experimentování – chce u experimentujících uživatelů marihuany zabránit přechodu k pravidelnému užívání marihuany.“ (Informant 4)

Kategorie 2: Slabé stránky programu z pohledu lektorů:

Z pohledu lektorů patří mezi slabé stránky programu deficit orientace na kompetence, zejména na přímé techniky odmítání návykové látky, neakcentování sociálního tlaku vrstevnické skupiny, informace o nových trendech v užívání konopí a téma týkající se legalizace konopí.

Deficit orientace na kompetence

Jako slabou stránku informanti vnímají to, že program postrádá přímou techniku na posilování odmítnutí návykové látky. Tuto kritiku vyjadřuje Informantka 1: „Jako slabou stránku programu vnímám to, že nejsou v programu obsaženy přímé techniky odmítání návykové látky.“ Podobně hovoří Informant 2, který také posilování odmítnutí považuje za slabinu: „Program postrádá přímou techniku na posilování odmítnutí návykové látky, což je dle mého názoru, jeho slabinou...“ (Informant 3)

Dále se ukázalo, že si informanti připouštějí také to, že v programu není věnována dostatečná pozornost tlaku vrstevnické skupiny, který může v náchylnosti k droze hrát značnou roli: „Domnívám se, že slabou stránkou programu je to, že příliš neakcentuje sociální tlak vrstevníků.“ (Informant 2). V podobném duchu se vyjádřila také Informantka 4: „Program moc nepracuje s vrstevnickou skupinou a tématem odmítání návykové látky.“

Informace ohledně nových trendů v užívání konopí

Orientace na znalosti vede informanty k tomu, aby se zamýšleli nad tím, zda poznatky, které předávají, jsou dostatečně aktuální. Na srdci jim leží zejména nové možnosti užívání THC: „*Program by bylo vhodné rozšířit o vapování kanabinoidů a jiné nové trendy v užívání konopí.*“ (Informant 1). Podobně „*Program by bylo vhodné rozšířit o nové trendy v užívání konopí.*“ (Informant 2).

Také by si přáli doplnit program o nové informace ohledně legalizace konopí: „*Program by bylo vhodné rozšířit o téma týkající se legalizace konopí.*“ (Informantka 3): Podobně smýšlí Informantka 4, která by chtěla zahrnout do programu i mezinárodní kontext této problematiky: „*Program by měl obsahovat více informací ohledně legalizace konopí, nejen v Česku, ale i jiných zemích. Adolescenty toto téma hodně zajímá, např. Amsterdam a legální užívání marihuany.*“

8.5.5 Závěry expertního šetření a zodpovězení DVO8

DVO8: Jaké jsou podle lektorů, kteří přímo tento program primární prevence zaměřený na THC a jiné konopné látky lektorují, silné a slabé stránky programu?

Data z expertního šetření přinesla poznatky, které umožňují zodpovědět položenou výzkumnou otázku v následujícím smyslu.

Z pohledu lektorů patří mezi silné stránky jimi realizovaného programu kvalitní teoretický základ programu, který je dle dat jeho dominantním znakem. Důležité jsou zejména a léčebné a uživatelské souvislosti konopí a rozlišení jeho rizik a účinků. Pozitivně vyzdvihují nehodnotící osobnost lektora a partnerský přístup posilující sebeúctu.

Z hlediska prezentování tématu po stránce didaktické vyzdvihují diskuse a interaktivitu, stejně jako věcnost a nezveličování problému užívání konopných drog, které by nemělo využívat lacině působících postupů, jako je šokování nebo kriminalizace. Domnívají se, že program je efektivní v tom, že posiluje neuzivatelský postoj k droze.

Slabé stránky programu vidí v deficitu orientace na kompetence, zejména chybí přímé techniky odmítání návykové látky, dostatečně zohledněn není ani problém sociálního nátlaku vrstevnické skupiny. Informantům z řad lektorů také leží na srdci, aby účastníci programu měli aktuální informace o nových trendech v užívání a legalizaci konopí, které program podle jejich názoru nezohledňuje dostatečně.

8.6 Závěry výzkumu a diskuse

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda program primární protidrogové prevence poskytovaný ve školách efektivně přispívá k rozvoji specifických kompetencí žáků a studentů ZŠ a gymnázií. Na základě zjištění navrhnout doporučení do praxe a na zlepšení efektivity programu.

Výzkum dospěl ve všech fázích k zajímavým výsledkům. V této části nálezy shrnu a zaměřím se též na diskutování některých klíčových aspektů.

Znalostní kompetence

V oblasti znalostní kompetence se ukázalo, že žáci a studenti, kteří se účastnili evaluovaného programu primární prevence, si vedli lépe v otázkách týkajících se znalostí o zdraví, způsobech užívání, prvním aspektu i v terminologii ohledně marihuany a dalších konopných produktů lépe než skupina kontrolní. Rozdíl se ukázal jako přesvědčivý, lze tedy konstatovat, že program je v této oblasti poměrně efektivní (síla efektu $r = .62$) a mohla být potvrzena věcná hypotéza, která rozdíl ve prospěch účastníků předpokládala.

Abych zmírnila pochybnost, že převaha znalostí skupiny účastníků programu byla dána jejich vyšším věkem vzhledem k věkově nerovnoměrnému rozložení vzorku, a tedy vyšší kognitivní zralostí, rozdělila jsem vzorek v obou skupinách na mladší (13–15 let, $n = 59$ účastníci, $n = 190$ kontrolní skupina) a starší (16–19 let, $n = 151$ účastníci, $n = 18$ kontrolní skupina) a porovnála je podle věku. V obou případech skórovali lépe účastníci programu (příčemž u mladší skupiny $p < .001$, $r = .51$, u starší $p = .0162$, $r = .18$). Z porovnání plyne, že přinejmenším v mladší skupině je rozdíl vysoce průkazný.

Pozitivní hodnocení znalostního potenciálu program vyplynulo také z rozhovorů s pedagogickými pracovníky a lektory, kteří tuto stránku programu vysoce ocenili. Přestože mnohé výzkumy naznačují, že na znalostech založené programy nejsou příliš efektivní (Cuijpers, 2003; Faggiano, Vigna-Taglianti, et al., 2008; nebo vedou jen ke krátkodobým efektům v odložení nástupu užívání látky (Stewart-Brown, 2006 in Lemstra et al., 2010), informanti z řad lektorů, kteří jsou poměrně silně orientováni na obsah, se domnívají, že program by měl některé poznatky ještě posílit – např. vybírat obsah také z nových trendů v oblasti legalizace marihuany a konopí anebo nových forem užívání těchto látek. Přestože samy tyto skutečnosti mohou být pro účastníky programů zajímavé, k posilování neúživatelských postojů dle výzkumů příliš nepřispívají.

Ani zkoumaný program s dominantní znalostní složkou navzdory zajímavým tématům nevedl k tomu, že by jeho účastníci byli v postojích a chování uvědomělejší než kontrolní skupina. Zdá se, že vhodnější by bylo posílit orientaci programu na dovednosti, protože výzkumy naznačují (Chang et al., 2014), že programy založené na dovednostech také efektivně zvyšují znalosti studentů a krom toho přispívají ke snížení prodrogových postojů a snižují tendenci užívat návykové látky.

Resistance vůči nabídce – chování založené na odmítání drogy

V oblasti kompetence resistance vůči nabídce, která znamená ochotu respondentů volit strategii jednání založenou na odmítání drogy, se věcná hypotéza vyjadřující předpoklad, že účastníci programu budou více ochotni volit jednání asertivního odmítání, nepotvrdila. Výsledky šetření ukázaly rozdíl ve prospěch kontrolní skupiny. V řadě případů se totiž volbou nabídek jednání účastníci programu řadili k méně zodpovědným. Účastníci programu tedy nevykazují volbu kvalitnějších strategií.

Byli svolnější přijmout drogu od kamarádů, spolužáků a rodinných příslušníků než kontrolní skupina. Jejich relativně často volená strategie jednání byla vysvětlující/obhajující, případně v některých položkách i drogu i přijímající, zatímco u kontrolní skupiny spíše asertivně odmítající. Vyhybavá strategie souvisela také s partou, což lze interpretovat tak, že adolescenti nechtějí riskovat konflikt a raději se vyhnou střetu s přáteli.

Slabiny programu při utváření protidrogových strategií jednání si uvědomovali jak pedagogičtí pracovníci, tak sami lektori. Šlo zejména o malou orientaci na přímé techniky odmítání návykové látky, zároveň v programu není podle participantů ani dostatečně zohledněno, jak čelit nátlaku vrstevnické skupiny. Na tlak vrstevníků v tomto směru upozorňuje řada výzkumů, které zdůrazňují nezbytnost formování sociální kompetence umožňující lépe čelit nabídce drogy od lidí z blízkého okolí (Arelingaiah, Pandian & Sinu, 2017.; Short et al., 1995 in Arelingaiah et al., 2017; Tobler & Stratton 1997 in Lemstra et al., 2010).

Nepotvrzení věcné hypotézy v posouzení celé škály naznačuje několik závěrů, které se nevylučují: a) program není dostatečně efektivní v nácviku (nebo alespoň v reflektování) vhodných strategií jednání; b) rozdíly nejdou na vrub programu, ale spíše specifik adolescentního dospívání, ve kterém hrají velkou roli sociální vztahy; c) v pokročilejší fázi adolescence se mladí lidé více spoléhají na svůj úsudek a odpoutávají se

od autorit. Nelze vyloučit, že dva poslední důvody jsou ovlivněny věkovou nehomogenitou vzorku.

Hodnotově postojové kompetence – upřednostňování protidrogových postojů

V případě hodnotově postojové kompetence bylo předpokladem ověřované věcné hypotézy, že respondenti, kteří prošli programem, budou vykazovat zralejší protidrogové postoje. Tento předpoklad se nepotvrdil, pouze v jediné položce dotazníku projeví větší odpovědnost (položka řízení pod vlivem THC), zatímco kontrolní skupina inklinovala k nerozhodnému postoji. V řadě položek také skórovali lépe respondenti z kontrolní skupiny. Celkové porovnání škály pak mezi skupinami neindikovalo rozdíl.

Účastníci nejsou tak zásadoví, pokud jde o zamítnutí konzumace marihuany a konopných produktů – méně odsuzují užívání látky pro zlepšení nálady nebo pro získání nových zkušeností. Přestože je otázka vzhledem k limitovaným datům, která mám k dispozici, otevírat úvahy o iatrogenních rizicích programu (na takovou skutečnost by nepochybně upozornili pedagogičtí pracovníci), bylo by vhodné se v případné další evaluaci na tuto skutečnost zaměřit, neboť nezamýšlené důsledky programů prevence jsou velkým tématem (Gabrhelík in Miovský a kol. 2016; Miovský & Šťastná, 2015).

Pozitivní je, že ve většině jak účastníci, tak respondenti z kontrolní skupiny volili nabídky odpovědí v souladu s protidrogovými postoji. Nejvíce odmítli tvrzení, že marihuanu lze konzumovat za účelem získání místa v sociální skupině. To je zajímavé zejména proto, že v resistenci vůči nabídce se u účastníků programu ukázala větší ochota přijmout drogu od kamaráda a lidí z blízkého okolí. Také rozpor v těchto volbách by bylo vhodné dalším výzkumem víc objasnit.

Naopak sdílený souhlas obou skupin se týkal postojů souvisejících s vlivem THC na zdraví, obě skupiny zamítly tvrzení, které tuto problematiku zlehčovaly či relativizovaly.

Zamítnutí věcné hypotézy svádí k závěru, že program nemá příliš velký vliv na formování hodnotově postojové kompetence. Důvodem neprokázání rozdílu mezi účastníky a kontrolní skupinou může být: a) Program příliš akcentuje znalostní složku a hodnotově postojové kompetence normativního odmítání drogy ponechává stranou. Podcenění normativního akcentu považuji za problematické, protože právě na školách je často základem úspěšných preventivních programů (Faggiano, Minozzi, Versino & Buscemi, 2014). Denormalizace užívání je ale obecně slabina i mezinárodně užívaných programů, jako např. *Unplugged* nebo *Fresh start* (Giannotta et al., 2014; Onrust, Van der Heijden, Zschamich a Speetjens, 2018).

Z dominance znalostní složky programu plyne, účastníci programu jsou dobře informováni o léčivých aspektech konopí, je tedy možné, že nepřístupují k hodnocení marihuany tak striktně jako respondenti z kontrolní skupiny; b) Hodnoty a postoje jsou spojeny nejen s normativním hodnocením týkajícím se nebezpečnosti marihuany a jiných konopných látek vůči jedinci a společnosti, ale také odpovídají hodnotám jedince a subjektivně vnímaným sociálním normám v jeho okolí. Člověk se tedy může vztahovat k situacím, lidem a ke všemu, co má pro něj osobní význam, který může být negativní, pozitivní nebo ambivalentní. Program tyto faktory zřejmě nemůže podchytit, a proto neovlivňuje pohled či názor, ke kterému jedinec dochází na základě svých životních zkušeností a také následkem řady vlivů převážně sociálního charakteru.

Zkušenost s THC a konopnými produkty

Pokud jde o zkušenost s látkou, bylo nutno zamítnout věcnou hypotézu. Účastníci na tom nejsou lépe než respondenti z kontrolní skupiny. Jejich zkušenost s marihuanou není sice častá, ale u řady z nich lze hovořit o experimentálním užívání. Mírně častěji, než kontrolní skupina marihuanu konzumují, častěji ji vídají požívat i svoje kamarády. Také lidé, kteří na ně mají vliv, problém konzumace látky méně řeší. Program vzhledem ke svému cíli otázku vlivu sociálního prostředí nereflektuje. Výzkumy ale ukazují (Cuijpers, 2003), že např. propojení školní prevence s působením na rodiny je slibnější cestou k efektivitě, která zdaleka není využívána.

Rozhovory s pedagogickými pracovníky a lektory

Zjištění ze semistrukturovaných rozhovorů s pedagogy, kteří se programu účastnili v roli tichých pozorovatelů dění, potvrdily v několika aspektech závěry dotazníkového šetření. Především jde o postřehy ohledně vlivu sociálního prostředí, které se prokázalo jako důležité i v porovnání zkušenosti s THC mezi účastnickou a kontrolní skupinou. Dále se prokázalo, že program rozvíjí efektivně znalostní stránku kompetencí. Této skutečnosti jsou si vědomi také pedagogičtí pracovníci, kteří tuto skutečnost hodnotí vysoce pozitivně. Stejně tak si ale povšimli, že program není příliš orientován na nácvik asertivní dovednosti odmítat drogu, což potvrdilo i dotazníkové šetření, ze kterého plyne, že kontrolní a účastnická skupina se v této kompetenci neliší.

V oblasti postojů a sociálních dovedností pedagogičtí pracovníci zmiňují, že by je program měl ukotvovat. Postrádají ale metody zážitkové pedagogiky, které by mohly mít dopad na afektivní složku protidrogových postojů. Potenciál zážitkově laděných programů

spočívá v oblasti komplexního osobnostního rozvoje a sociálních a intrapersonálních kompetencí. Takové efekty jsou často využívány při primární i sekundární prevenci (Lorenzová a Burešová, 2016). To je důležité i ve světle nálezů kvantitativní výzkumné fáze, ze které vyplynulo, že v této kompetenci není skupina účastníků pokročilejší než kontrolní skupina. Pedagogičtí pracovníci tedy poměrně přesně vystihli přednosti i slabiny programu a poukázali, kromě chvály, i na nedostatky, které jsou s ním spojeny.

Nálezy z expertního šetření u lektorů programu jsou v zásadě v souladu se závěry pedagogů, v některých aspektech se ale rozcházejí se závěry z dotazníkového šetření. Podle lektorů je předností programu jeho dobře a na důkazech založený teoretický základ, což potvrdilo jak dotazníkové šetření, tak názory pedagogů. Také vyzdvihují nehodnotící partnerský přístup posilující sebeúctu účastníků, což opět potvrdily i závěry z rozhovorů s pedagogy.

Po didaktické stránce vyzdvihují diskuse a interaktivitu programu, stejně jako věcnost a nezveličování problému užívání konopných drog. Tento pohled by bylo vhodné více prozkoumat, protože u účastníků byly drogy poněkud lépe hodnoceny než u kontrolní skupiny. Lektoři také soudí, že program posiluje neuzivatelský postoj k droze, nicméně v porovnání s výsledky kvantitativní fáze se zdá být toto přesvědčení mírně zpochybněno, neboť v některých postojích byli účastníci programu méně „protidrogoví“ než jejich vrstevníci.

Při celkovém hodnocení programu ve světle nálezů je vhodné vzít v potaz, že při formování postojů a hodnot, stejně jako při utváření vhodných vzorců chování, je důležité komplexní a dlouhodobé působení na celou osobnost. Program však orientací na znalosti postrádá prvek komplexity, na který se jako na klíčový faktor efektivity odvolává řada výzkumů (Jesor, 1991; Tobler & Stratton 1997 in Lemstra et al., 2010; Fuente, Kauffman & Díaz, 2017). Požadavek komplexity je také základním požadavkem strategických preventivních doporučení (Protidrogová strategie EU 2021–2025). Limitem programu také je, že nemá dlouhodobý charakter, který je pro efektivitu prevence zásadní (Miovský, Zapletalová & Skácelová, 2010; MacBeath & Mortimore, 2001, Nešpor, Csémy & Pernicová (1999). Podle některých badatelů (Lemstra et. al. 2010) je totiž prokázáno, že takové programy by měly trvat alespoň rok.

8.6.1 Limity výzkumu

Ačkoliv se na základě teoretické části práce může zdát, že školské programy primární prevence mají na zúčastněné děti pozitivní dopad a při vhodném zacílení a správné kompozici mohou oddalovat či dokonce snižovat míru užívání návykových látek, je třeba si znovu uvědomit, že drtivá většina programů realizovaných u nás či ve světě žádným hodnocením účinnosti neprošla. A ani dodržení všech známých a doporučovaných zásad efektivní prevence ještě nemusí znamenat, že budou účinné všechny takové programy, a že výsledný efekt bude nejen statisticky významný, ale že i jeho velikost účinku bude dostatečným argumentem pro investici do vývoje, implementace a realizace takové intervence. Proto je nezbytně nutné, aby byl dopad každé školní preventivní intervence důsledně evaluován (Gabrhelík in Miovský a kol., 2016). Při zpětném pohledu na jakýkoliv provedený výzkum ve světle kritiky evaluací primárně preventivních programů (Gandhi et al., 2007) musíme konstatovat, že ani náš výzkum se nevyhnul mnoha problémům, které významně omezují jeho validitu. Tyto aspekty jsou níže popsány a diskutovány.

Před samotnou realizací výzkumného šetření bylo nutné řešit celou řadu různých atributů, mezi něž patřila ochota informantů z řad pedagogických pracovníků spolupracovat na výzkumu, ochota nového vedení organizace spolupracovat na výzkumu, či ochota lektorů a školských institucí.

Vzhledem k období, ve kterém se sbírala data pro předloženou disertační práci, nebylo možné do výzkumu zahrnout ohniskovou skupinu s lektory. V organizaci, ve které jsem zkoumala efektivitu programu primární prevence zaměřeného na marihuanu a jiné konopné látky, byla v důsledku pandemie Covid-19 velká fluktuace zaměstnanců, nejen na pozici lektorů, ale i ve vedení celé organizace. Z toho vyplývá i malý vzorek expertů, se kterými probíhaly semistrukturované rozhovory. Pro zobecnění a také pro praxi, by bylo přínosné provést expertní šetření na větším vzorku respondentů.

Dalším limitem výzkumu byl fakt, že nebylo možné realizovat dotazníkové šetření tak, jak bylo původně plánováno, tj. pouze u účastníků programu a v pravidelných intervalech (před intervencí – započítím programu, ihned po skončení intervence a dále za 6 měsíců po ukončení intervence). Důvodem byla opět pandemie Covid-19 a uzavření škol. Musela jsem proto změnit design výzkumu a zaměřit na skupinu účastníků programu a skupinu kontrolní neboli žáky a studenty, kteří se programu nezúčastnili. Zde jsem však narážela na další problémy související s pandemií Covid-19, např. na neochotu školských zařízení mě pustit do tříd mezi žáky a studenty, proto část sběru dat musela probíhat také

online. Vzhledem k tomu, že jsem byla odkázána na dobrou vůli škol ke spolupráci, byl výběr vzorku proveden na základě dostupnosti. Vzorek tedy není věkově homogenní. Tento problém, který může validitu nálezů snižovat, by bylo vhodné při dalším výzkumu odstranit.

Třetím limitem výzkumu jsou semistrukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky, kde šlo nejen o to, zda byli ochotni spolupracovat ve výzkumu, ale také o to, že museli být přítomni na programu po celou jeho dobu, aby mohli poskytnout kvalitní zpětnou vazbu. Po celou dobu píší záměrně proto, že dost častým jevem bylo, že se pedagogové na programu střídali a byli přítomni pouze na jeho určitou část, zde pak nebylo efektivní s nimi vést rozhovor, protože nemohli program posoudit komplexně v celé jeho šíři.

Čtvrtým limitem výzkumu je i složitost zkoumané problematiky a obtížná uchopitelnost pojmu specifické kompetence ve vztahu k návykovým látkám, na kterou se v současné odborné literatuře nenabízí komplexní pohled. Tento fenomén bylo nutné nejdříve rozebrat a operacionalizovat pro výzkumnou část, přičemž povaha ad hoc vytvořeného designu a kvazi-experimentální charakter studie zároveň neumožňují zobecnění poznatků.

8.7 Doporučení pro praxi škol a zkvalitnění programu

Kromě výzkumu zaměřeného na efektivitu programu bylo cílem disertačního projektu navrhnout doporučení do školní praxe a pro zlepšení efektivitu programu. Tato doporučení jsou v této subkapitole formulována na základě analýzy literatury, odborných stanovisek, přehledových i výzkumných studií i na základě vlastního empirického šetření a rozdělena na doporučení obecná a specifická (určená pro realizovaný program).

K obecným doporučením patří, že primární prevence závislosti na marihuaně a dalších konopných látkách musí být včasná, zároveň přiměřená vývojovým a kognitivním potřebám žáků a studentů. Školy, které ji chtějí zařazovat, by ji měly zahájit již na prvním stupni, protože v této době již děti začínají experimentovat i s jinými látkami, např. tabákem a alkoholem, a pravidelně se k tématu vracet.

Prevence musí být dlouhodobá. Krátkodobý preventivní program může být pro žáky atraktivitou tématu, interaktivností prezentace obsahu nebo vstřícným a respektujícím naladěním lektorů zajímavý, ovšem z hlediska ukotvení postojů a hodnot a žádoucích vzorců chování neefektivní.

Prevence by měla být také propojena se zohledněním sociálního prostředí a rodinného zázemí žáků a studentů. Přestože se může zdát na základě rozhovorů s pedagogickými pracovníky, že školy jsou v tomto směru bezmocné, školní prevence by měla vycházet z konkrétních znalostí silných i slabých stránek prostředí, ve kterém mladí lidé žijí (čím je toto prostředí pro mladého člověka rizikovější, tím více je třeba multidisciplinární spolupráce školy s orgány sociálně výchovné péče a s poskytovateli preventivních služeb). Z výzkumu plyne, že prostředí žáků a studentů může být vůči marihuaně a konopným produktům relativně vstřícné, s tímto faktem by měly školy počítat a požadovat, aby poskytovatelé programů toto téma s frekventanty v bezpečném rámci reflektovali.

Prevence nesmí přispívat k uživatelsky vstřícným postojům vůči marihuaně a konopným látkám. V případě konopných drog by školy měly počítat nejen s tím, že jsou relativně snadno dostupné, ale že ani sama společnost nemá ujasněný názor na právní a zdravotní stránky jejich užívání. Tuto problematiku by měly preventivní programy zohledňovat, zároveň by ale neměly přispívat k normalizaci jejich užívání. Bylo by vhodné, aby se zaměřovaly na analýzu důsledků a na vědecky podložená fakta, zároveň je předávaly formou komplexního působení, neboť:

Prevence má být svým působením komplexní, ovlivňovat všechny stránky osobnosti, neměla by cílit jen na zvyšování znalostí a povědomí o účincích zneužívání konopných látek, ale také na změnu hodnot, postojů a přesvědčení, které v důsledku ovlivňují chování. Pokud tedy školy vybírají z nabídky programů prevence, měly by se snažit o pestré zastoupení programů všech typů (nejen na znalosti, ale například na ovlivnění školní třídy) případně volit programy, které mají komplexní charakter – typicky programy orientované na životní dovednosti, ve kterých jde ruku v ruce tříšložková struktura protidrogových kompetencí.

Prevence má pokrývat celé spektrum problémů, které mladé lidi ohrožují. Školy by měly zvážit, jaká témata pro ně budou v oblasti prevence prioritou, zároveň by neměly zanedbat prevenci rizik spojených s dalšími sociálně patologickými jevy. Všechny formy rizikového chování a sociálně patologických jevů také ohrožují edukační proces. Bylo by vhodné zařadit tedy do programů primární prevence všechny oblasti rizikových faktorů a sociálně patologických jevů, čímž se může zmírnit riziko jejich pozdějšího vzniku a výskytu. Propojením těchto témat a zařazením prevence do všech oblastí vzdělávání může pozitivně ovlivnit působení prevence a oddálit, nebo celkově zamezit vzniku rizikového chování, popř. závislostního chování.

Prevence má být odborně poskytovaná. Školy by se měly zaměřit vzdělávání pedagogů v preventivní oblasti i na spolupráci s organizacemi, které nabízí preventivní programy a umožnit, aby prevence byla pro žáky zajímavější, proměnlivá a efektivnější. Více by školy měly využívat také tzv. peer programy, které jsou ve větší míře zaměřeny právě na užívání návykových látek, včetně konopných drog.

Konkrétní doporučení pro program

Z analýzy konkrétního programu primární prevence v oblasti marihuany a jiných konopných látek plyne, že je nutné poskytovat žákům a studentům nejen věcné informace o těchto drogách, ale také formovat jejich hodnotově postoje kompetence a resistenci vůči nabídce formou nácviku konkrétních alternativ chování. Z toho plynou následující praktická doporučení:

- Více se zaměřit na konkrétní body v legislativě – posouzení protiprávnosti jednání osob manipulujících s rostlinami obsahujícími THC, legislativa týkající se pěstování marihuany a držení rostliny. Do informací týkajících se legislativy ve vztahu k užívání látky zapojit informace o zákazu užívání při všech činnostech souvisejících se školními aktivitami.
- Doplnovat program průběžně o informace o nových trendech v užívání konopí a dát v programu větší prostor tématu týkajícímu se legalizace konopí, ale s akcentem na reflexi možných rizik, a to nejen zdravotních, ale také sociálních a ekonomických.
- Více informovat o krátkodobých a dlouhodobých rizicích a následcích užívání marihuany.
- Program obohatit o metody na bázi zážitkové pedagogiky, a ještě více začlenit interaktivní metody.
- Zařadit přímé techniky odmítání návykové látky. Na tomto faktu se shodli jak lektori programu, tak pedagogičtí pracovníci.
- Více se zaměřit na akcentování tématu sociálního tlaku vrstevnické skupiny.
- Posílit negativní postoj třídního kolektivu i jednotlivců k užívání marihuany.
- Více zapojovat reflexi a zpětnou vazbu vztahující se k programu od žáků a učitelů.
- Nabídnout pozitivní alternativy vedoucí ke zdravému způsobu života.
- Rozvíjet komunikativní dovednosti, schopnosti autonomního rozhodování, posilování sebevědomí a sebejistoty při řešení problémů, nácvik asertivního jednání, zodpovědnosti apod.

Na závěr těchto doporučení je nutné říci, že nejefektivnější programy primární protidrogové prevence, jsou ty, na kterých by se podílely všechny strategie prevence a působení na žáka by tak bylo účinnější. Vzhledem k tomu, že Minimální preventivní program je na školách uplatňován často formálně, může být jeho efekt sporný. Pozitivní vliv na potencionální rizikové chování by mohla mít větší spolupráce škol s preventivními zařízeními, středisky výchovné péče a jinými dalšími institucemi, které se zabývají problematikou sociálně patologických jevů a rizikového chování. Pedagogové by také měli vést žáky ke zdravému životnímu stylu, a to hned od zahájení školní povinné docházky a společně se zákonnými zástupci žáka i jeho nejbližšího okolí ho podporovat ve zdravém vývoji, který je vzhledem k budoucnosti každého jedince, velmi důležitý. Je tedy nutné apelovat na osvětu nejen v institucionálních zařízeních, ale i mimo ně, napříč celou naší společností.

ZÁVĚR

Prevence užívání marihuany (obecně konopných drog) je ve školním prostředí aktuálním a zásadním tématem, a to nikoli pouze s ohledem na středoškoláky, ale taktéž i na jedince navštěvující základní školu. V České republice jsou v praxi používány jak domácí, tak převzaté zahraniční preventivní programy, z nichž je převážná část dále modifikována. Úspěšně evaluovaný účinný program realizovaný v určitém konkrétním kontextu nelze totiž jednoduše přenést na jiné místo, na jinou cílovou skupinu nebo pokračovat v jeho realizaci prostě dál (tedy v jiném čase) a automaticky očekávat, že bude i nadále efektivní. Každá z těchto změn, ať už jsou zapříčiněny aktivitou realizátorů či přirozeným vývojem, vyvolává další potřebu ověření efektivity takového programu v novém nebo jiném kontextu. Navíc většina realizovaných preventivních intervencí nejen v České republice ani ve světě neprošla žádným systematickým vědeckým hodnocením účinnosti (Gabrhelík in Miovský a kol., 2016).

Právě z důvodu, že většina realizovaných preventivních intervencí neprochází systematickým vědeckým hodnocením účinnosti, jsem se rozhodla sledovat efekt intervence zaměřené na prevenci užívání marihuany a jiných konopných látek. Jako hlavní závěr z provedeného šetření plyne, že je důležité rozvíjet nejen znalostní kompetence, ale budovat také sociální dovednosti, jako jsou strategie jednání v rámci odmítnutí návykové látky, či hodnotově postojoyé nastavení jedince.

Práce je členěna na teoretickou a empirickou část. Teoretická část shrnuje na základě metod teoretické analýzy problematiku drogové prevence v kontextu protidrogové a vzdělávací politiky EU a ČR, drogové závislosti u dětí a mladých lidí, školské a primární prevence drogových závislostí a rozvoje kompetencí žáků a studentů v kontextu školní primární prevence.

Empirická část obsahuje kvazi-experimentální výzkumné šetření se smíšeným, ad hoc vytvořeným výzkumným designem. Hlavním cílem bylo zjistit, zda program primární protidrogové prevence poskytovaný ve školách efektivně přispívá k rozvoji specifických kompetencí žáků a studentů ZŠ a gymnázií. Na základě zjištění navrhnout doporučení na zlepšení efektivity programu.

Při výběru specifických kompetencí jsem vycházela z programu „Unplugged“, jež je školním programem pro prevenci užívání návykových látek, který je založen na komplexním přístupu sociálního vlivu. Tento program je také prvním celostním programem v Evropě, který je realizovaný i v České republice, u něhož byla hodnocena

účinnost v řadě evropských zemí a je tedy dobrým příkladem teoreticky založeného a „evidence-based“ programu zaměřeného na prevenci užívání drog u mladých lidí. Mimo jiné tento program uplatňuje i komplexní přístup sociálního vlivu.

Pro výzkum jsem zvolila následující specifické kompetence:

- kompetenci znalostní, konkrétně o specifické znalosti týkající se vlivu marihuany a ostatních konopných látek na zdraví a rozvoj závislostí;
- kompetenci resistance vůči nabídce, kterou lze chápat jako odhodlání jedince volit takové specifické komunikačně-interakční strategie, které povedou k chování odmítajícímu nabídku marihuany a jiných konopných látek;
- kompetenci hodnotově postojovou, která zahrnuje normativní postoje týkající se nebezpečnosti marihuany a jiných konopných látek vůči jedinci a společnosti.

Výzkum se za účelem naplnění stanového hlavního cíle skládal ze tří na sebe navazujících fází, jedné kvantitativního a dvou kvalitativního charakteru:

- dotazníkového šetření u žáků a studentů základních škol, gymnázií a víceletých gymnázií,
- šetření u pedagogických pracovníků na základě semistrukturovaných rozhovorů,
- expertního šetření u pracovníků působících jako lektori primární protidrogové prevence.

V počáteční fázi výzkumu bylo realizováno dotazníkové šetření, cílem bylo zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v úrovni specifických kompetencí mezi skupinou účastníků a kontrolní skupinou. Zúčastnilo se 418 respondentů. Výzkumný soubor je zastoupen skupinou žáků 8 a 9. ročníku ZŠ a žáky z gymnázií a víceletých gymnázií. Jednalo se o informanty z pražských škol.

V oblasti znalostní kompetence se ukázalo, že žáci a studenti, kteří se účastnili evaluovaného programu primární prevence, si vedli lépe v otázkách týkajících se znalostí o zdraví, způsobech užívání, prvním aspektu i v terminologii ohledně marihuany a dalších konopných produktů lépe než skupina kontrolní. Rozdíl se ukázal jako přesvědčivý, lze tedy konstatovat, že program je v této oblasti poměrně efektivní

V oblasti kompetence resistance vůči nabídce, která znamená ochotu respondentů volit strategii jednání založenou na odmítání drogy, se věcná hypotéza vyjadřující předpoklad, že účastníci programu budou více ochotni volit jednání asertivního odmítání,

nepotvrdila. Výsledky šetření ukázaly rozdíl ve prospěch kontrolní skupiny. V řadě případů se totiž volbou nabídek jednání účastníci programu řadili k méně zodpovědným. Účastníci programu tedy nevykazují volbu kvalitnějších strategií.

V případě hodnotové postojové kompetence bylo předpokladem ověřované věcné hypotézy, že respondenti, kteří prošli programem, budou vykazovat zralejší protidrogové postoje. Tento předpoklad se nepotvrdil, pouze v jediné položce dotazníku projeví větší odpovědnost (položka řízení pod vlivem THC), zatímco kontrolní skupina inklinovala k nerozhodnému postoji. V řadě položek také skórovali lépe respondenti z kontrolní skupiny. Celkové porovnání škály pak mezi skupinami neindikovalo rozdíl. Pozitivní je, že ve většině jak účastníci, tak respondenti z kontrolní skupiny volili nabídky odpovědí v souladu s protidrogovými postoji.

Ve druhé části bylo realizováno kvalitativní šetření formou semistrukturovaného rozhovoru s pedagogickými pracovníky (n = 4). Předmětem zájmu bylo zjistit, zda je program přiměřený pro věkovou skupinu, jaké specifické kompetence žáků a studentů se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře a zhodnotit efektivitu programu (jeho silných a slabých stránek).

V rámci výzkumu se ukázalo, že je program přiměřený pro věkovou skupinu a dle pedagogických pracovníků je v něm nejlépe naplňována znalostní kompetence, nejhůře pak kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání. Pedagogičtí pracovníci se shodli, že mezi silné stránky programu patří otevřená diskuze, postojové nastavení lektorů a trpělivost a vstřícnost ze strany lektorů. Mezi slabé stránky programu pak řadí zážitkovou pedagogiku.

Završením výzkumu bylo expertní šetření s lektory, které opět využilo semistrukturované rozhovory (n = 4). Předmětem zájmu bylo zjistit, jaké jsou podle lektorů, kteří přímo tento program primární prevence zaměřený na THC a jiné konopné látky lektorují, silné a slabé stránky programu.

K nálezům této části patří, že lektoři hodnotí jako silné stránky programu kvalitní teoretický základ, osobnost lektora, prezentování tématu a posilování neuzivatelského postoje. Mezi slabé stránky pak řadí přímé techniky odmítání návykové látky, neakcentování sociálního tlaku vrstevnické skupiny, informace o nových trendech v užívání konopí a témata týkající se legalizace konopí.

Pokud jde o doporučení do praxe, primární prevence závislosti na marihuaně a dalších konopných látkách musí být včasná, školy by ji měly zahájit již na prvním stupni, protože v této době již děti začínají experimentovat např. tabákem a alkoholem. Dále musí

být z hlediska šance na ukotvení postojů a hodnot a žádoucích vzorců chování dlouhodobá. Dále by měla být propojena se sociálním rodinným prostředím a vycházet ze znalosti jeho silných i slabých stránek. Z výzkumu plyne, že prostředí žáků a studentů může být vůči marihuaně a konopným produktům vstřícné, s tímto faktem by měly školy počítat a požadovat, aby poskytovatelé programů toto téma s frekventanty v bezpečném rámci reflektovali. Prevence také nesmí přispívat k uživatelsky vstřícným postojům vůči marihuaně a konopným látkám, aby nedocházelo k normalizaci jejich užívání. V neposlední řadě má být komplexní, neměla by cílit jen na zvyšování znalostí a povědomí o účincích zneužívání konopných látek, ale také na změnu hodnot, postojů a přesvědčení.

Na závěr považuji za vhodné zdůraznit, že školské programy primární prevence mají na zúčastněné děti pozitivní dopad a při vhodném zacílení a správné kompozici mohou oddalovat či dokonce snižovat míru užívání návykových látek. Je však třeba si znovu připomenout, že je nutná evaluace každého preventivního programu a dodržování doporučovaných zásad efektivní prevence.

Seznam literatury

- Alonso, D., Freijo, E., & Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: 7th edition*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Arelingaiah, M., Pandian, R. D., & Sinu, E. (2017). Children of persons with alcohol dependence syndrome: risks and resilience, theories and interventions. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 8(1), 6–10. DOI:10.5958/2394-2061.2016.00038.0
- Atkinson, R. L. & Kuhn, F. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Auger, M-T. & Boucharlat Ch. (2000). *Učitel a problémový žák: strategie pro řešení problémů s kázní a učením*. Praha: Portál.
- Bandura, A. (1990). *Multidimensional scales of perceived self-efficacy*. Unpublished test, Stanford: Stanford University.
- Bartoňová, M., & Pipeková, J. (2010) Poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních. In Pipeková, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Bastiani, M., Andersson, J., Cordero-Grande, L., Murgasova, M., Hutter, J., Price, A. N., Makropoulos, A., Fitzgibbon, S. P., Hughes, E., Rueckert, D., Victor, S., Rutherford, M., Edwards, A. D., Smith, S. M., Tournier, J. D., Hajnal, J. V., Jbabdi, S., & Sotiropoulos, S. N. (2019). Automated processing pipeline for neonatal diffusion MRI in the developing Human Connectome Project. *Neuroimage*, 185, 750–763. DOI:10.1016/j.neuroimage.2018.05.064
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría General Técnica, Ministerio del interior.
- Bendová, P. (ed.) (2015). *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Bohrn, k, Fabiani, L., Florek, E. et. al. (2008). Prevence užívání návykových látek mezi studenty. Bez uvedení místa vydání: EU-DAP. Retrieved from: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2005312/2005312_guide_czech_republic_design.pdf

- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H., & Patton, G. (2001). Building capacity for system-level change in schools: Lessons from the gatehouse project. *HEALTH Education & Behavior*, 28(3), 368–383. DOI:10.1177/109019810102800310
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools. *Addictive Behaviors*, 6, 887–897. DOI:10.1016/s0306-4603(00)00119-2
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 6, 607–615. DOI: 10.1080/09540260701797753
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 437–446. DOI:10.1037/0022-006X.58.4.437
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Preventing binge drinking during early adolescence: One and two year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 360–365. DOI:10.1037/0893-164x.15.4.360
- Brod'áni, J. (2005). Effect size – veľkosť účinku ako prostriedok posúdenia významnosti rozdielov priemerov skupín. In: *Adaptácia v tréningovom procese: elektronický zborník*. Trnava: STU.
- Burkhardt, G. (2002). Drogen im blickpunkt, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lisabon: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Butters, J. E. (2004). The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: Gender differences and implications for drug education. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 11(5), 381–390. <https://doi.org/10.1080/09687630410001704437>
- Cakirpaloglu, P. (2004). *Psychologie hodnot*. Olomouc: Votobia.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14(5), 317–335. <https://doi.org/10.20882/adicciones.531>
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D., & Mazzoni, S. (1988). Juvenile drug addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261–271. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00261.x>
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Ediciones paidós: Buenos Aires.

- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R., & Galanti, M. R. (2011a). Effects of a School-Based Prevention Program on European Adolescents' Patterns of Alcohol Use. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.003>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral Sciences. *Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates*, 18-74. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Colligan, L. H. (2011). *Drug Dependence*. Cavendish Square Publishing, LLC. <https://books.google.com.pk/books?id=1sFzeTXkCPwC&lpg=PA6&ots=LioTobJ9HF&lr&pg=PA4#v=onepage&q&f=false>
- Cortina, J. M., & Nouri, H. (2000). Effect size for ANOVA design. *Thousand Oaks, CA: Sage*.
- Creswell, J. W. (2002). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. London; Sage Publications. <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/2232-9641/2016/2232-96411612191V.pdf>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. London: SAGE Publications
- Cuijpers, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1, 7–20. <https://doi.org/10.1080/0968763021000018900>
- Čáp, J. & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.
- Černý (2015) Základní úrovně provádění školské prevence. In Miovský a kol. *Prevence rizikového chování ve školství* (s. 60–62). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- de la Fuente, J., Kauffman, D. F., & Díaz-Orueta, U. (2019). Editorial: Psychology, Technological Innovation, and Entrepreneurship. *Front. Psychol.*, 10-2232. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02232>
- de la Fuente, J., Cubero, I., Sánchez-Amate, M. C., Peralta, F. J., Garzón, A., & Fiz Pérez, J. (2017). The Adolescent's Competency for Interacting with Alcohol as a Determinant of Intake: The Role of Self-Regulation. *Frontiers in psychology*, 8, 1800. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01800>
- Disman, M. (2008). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Ellickson, P. L., Martino, S. C., & Collins, R. L. (2004). Marijuana Use From Adolescence to Young Adulthood: Multiple Developmental Trajectories and Their Associated Outcomes. *Health Psychology*, 23(3), 299–307. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.3.299>

- Emshoff, J. G. (1990b). A Preventive Intervention with Children of Alcoholics. *Prevention in Human Services*, 1, 225–253. https://doi.org/10.1300/j293v07n01_11
- Escaméz, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. In J. Escaméz (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Dykinson.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020b). European Drug Report 2020: Trends and developments. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/420678>
- EUSPR | European Society for Prevention Research. EUSPR | *European Society for Prevention Research* [online]. [cit. 12.09.2017]. Retrieved from: <http://euspr.org/>
- Evans, R. I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5(1), 122-127. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(76\)90015-3](https://doi.org/10.1016/0091-7435(76)90015-3)
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, L., Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., van der Kreeft, P., Vassara, M., & Wiborg, G. (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537–543. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.06.018>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 5, 385–396. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.012>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., & Galanti, M. R. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018>
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>
- Ferrence, Roberta. (2001). Diffusion theory and drug use. *Addiction* (Abingdon, England). 96. 165-73. 10.1080/09652140020017030.
- Fishbein, M. (2008). A reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*, 28(6), 834-844. <https://doi.org/10.1177/0272989X08326092>

- Flay, B. R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 4(5), 449–488. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.5.449>
- Franclová, M. (2013). *Zahájení školní docházky*. Praha: Grada
- Gabrhelík, R. (2016). *Prevence užívání návykových látek jako vědní disciplína a její aplikace v praxi*. Nakladatelství Lidové noviny.
- Gabrhelík, R. (2015). Teoretické modely v primární prevenci. In Miovský a kol. *Prevence rizikového chování ve školství* (s. 43–47). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Gabrhelík, R. (2015). Teoretické koncepty v primární prevenci rizikového chování. In Miovský, M. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (s. 189–193). Nakladatelství Lidové noviny.
- Gabrhelík, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L., & Jurystova, L. (2012). „Unplugged”: A school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1–2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.010>
- Gance-Cleveland, B., & Mays, M. Z. (2008). School-Based Support Groups for Adolescents With a Substance-Abusing Parent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4, 297–309. <https://doi.org/10.1177/1078390308321223>
- Gandhi, A. G., Murphy-Graham, E., Petrosino, A., Chrismer, S. S., & Weiss, C. H. (2007). The devil is in the details: Examining the evidence for „proven” school-based drug abuse prevention programs. *Evaluation Review*, 31(1), 43–74. <https://doi.org/10.1177/0193841X06287188>
- Gavora, P. (2000). Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido.
- Giannotta, F., Vigna-Taglianti, F., Rosaria Galanti, M., Scatigna, M., & Faggiano, F. (2014). ShortTerm Mediating Factors of a School-Based Intervention to Prevent Youth Substance Use in Europe. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.009>
- Gonçalves, J. R. L., Canassa, L. W., Cruz, L. C. da, Pereira, A. R., Santos, D. M. dos, & Gonçalves, A. R. (2019). Adesão ao tratamento: percepção de adolescentes dependentes químicos. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 15(1), 57-63. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000415>

- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders: A research perspective* (pp. 20–26). *National Institute of Mental Health*. <https://psycnet.apa.org/record/1987-98498-002>
- Gordon R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports* (Washington, D.C.: 1974), 98(2), 107–109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>
- Gorman, D. M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 505-520. <https://doi.org/10.1177/002204269602600210>
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hayesová, N. (2013). *Základy sociální psychologie*. Praha: nakladatelství Portál, s. r. o.
- Helmstadter, G. C. (1964). *Principles of Psychological Measurement*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Helus, Z. (2015). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Praha: Portál.
- Hopfer, S., Hecht, M. L., Lanza, S. T., Tan, X., & Xu, S. (2013). Preadolescent drug use resistance skill profiles, substance use, and substance use prevention. *The journal of primary prevention*, 34(6), 395-404. <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0325-0>
- Holder, H. D. (1999). Prevention aimed at the environment. in B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 573-594). Nueva York: Oxford University Press: <https://doi.org/10.1177/0272989X08326092>
- Hyshka, E. (2013). Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2, 110–119. <https://doi.org/10.3109/09687637.2012.752434>
- Chang, F.C., Chang, Y.C., Lee, C.M., Lung, C.N., Liao, H.J., Lee, S.C., Miao, N.F., Lin, S.H., & Zeng, W.T. (2014). Effects of a school-based drug use prevention programme for middle-school students in Taiwan. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1, 43–51. <https://doi.org/10.3109/09687637.2014.952271>

- Chmelík, J. a kol. (1999). *Drogová kriminalita*. Úřad vyšetřování pro ČR, MV ČR: Praha.
- Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno* 6 (5), 1–20.
- Chrásková, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Portál.
- Chytrý, V., & Kroufek, R. (2017). Možnosti využití Likertovy škály – základní principy aplikace v pedagogickém výzkumu a demonstrace na příkladu zjišťování vztahu člověka k přírodě. *Scientia in educatione*, 8(1), s. 2–17. DOI:10.14712/18047106.591
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*, 4, 733–747. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03751.x>
- Janík, A., Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597–605. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(91\)90007-K](https://doi.org/10.1016/1054-139X(91)90007-K)
- Jessor, R. & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Johnson, C. A., Pentz, M. A., Weber, M. D., Dwyer, J. H., Baer, N., MacKinnon, D. P., ... & Flay, B. R. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58(4), 447. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.4.447>
- Jurystová, L. & Gabrhelík, R. & Mioviský, M. (2009). Formativní evaluace procesu implementace preventivního programu Unplugged školními metodiky prevence. *Adiktologie*, 9(1). 10-19.
- Kachlík, P. (2011). *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova.
- Kalina, K. (2003) *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- Klieme, E., Funke, J., Leutner, D., Reimann, P., & Wirth, J. (2001). Problemlösen als fächerübergreifende Kompetenz. Konzeption und erste Resultate aus einer Schulleistungsstudie. *Zeitschrift für Pädagogik*, 47(2), 179-200.
https://www.pedocs.de/frontdoor.php?la=en&source_opus=5272
- Končėková, Ľ. (2005). *Drogová problematika učňovskej mládeže: vedomosti, postoje a skúsenosti*. Lana.
- Kovářová, R., Janků, K. & Hampl I. (2015). *Poradenský systém pro osoby se speciálními potřebami v České republice*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál.
- Kraus, B., Poláčková, V. et al. (2001). *Člověk – prostředí – výchova: K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Krejčová, L. (2011). *Psychologické aspekty vzdělávání dospívajících*. Praha: Grada.
- Kroger, J. (1996). *Identity in adolescence. The balance between self and other*, 2nd ed. London: Routledge.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Legleye, Stéphane, Piontek, D., & Kraus, L. (2011). Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 2–3, 229–235.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.011>
- Legleye, Stéphane, Piontek, D., Kraus, L., Morand, E., & Falissard, B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1, 16–26. <https://doi.org/10.1002/mpr.1378>
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T., & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research & Theory*, 1, 84–96.
<https://doi.org/10.3109/16066350802673224>
- Levická, J. (2002). *Metódy sociálnej práce*. Trnava: ProSocio.
- Liba, J. (2001). *Zdravie, drogy, drogová závislosť: terminologické a výkladové minimum*. Prešov: Rokus.
- MacBeath, J & Mortimore, P (2001) *Improving School Effectiveness*, Buckingham: Open University Press

- Maes, L., & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 3, 517–529. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00052-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00052-7)
- Machová, J., Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Maithya, R. W. (2009). Drug abuse in secondary schools in Kenya: Developing a programme for prevention and intervention: Doctoral dissertation, University of South Africa. [online]. [cit. 2020-11-28]. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10500/3433>
- Marcus, M., Walker, T., Swint, J. M., Smith, B. P., Brown, C., Busen, N., Edwards, T., Liehr, P., Taylor, W., Williams, D., & von Sternberg, K. (2004). Community-based participatory research to prevent substance abuse and HIV/AIDS in African-American adolescents. *Journal of Interprofessional Care*, 4, 347–359. <https://doi.org/10.1080/13561820400011776>
- Mareš, J., & Rabušic, L. (2010). *Učební text k analýze dat v programu SPSS*. Brno: MU.
- Matějček, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN.
- Matoušek, O., Matoušková, A. (2011). *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha: Portál.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0034092>
- McLeod, S.A. (2008). *Likert scale*. Retrieved from: <http://www.simplypsychology.org/likertscale.html>
- Mečíř, J. (1990). *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.
- Mertin, V. & Krejčová, L. (2013). *Výchovné poradenství*. Praha: Wolters Kluwer.
- Mewton, L., Visontay, R., Chapman, C., Newton, N., Slade, T., Kay-Lambkin, F., & Teesson, M. (2018). Universal prevention of alcohol and drug use: An overview of reviews in an Australian context. *Drug and alcohol review*, 37 Suppl 1, S435–S469. <https://doi.org/10.1111/dar.12694>
- Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*, 7(2), 30–45.
- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.) (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

- Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.) (2010), Miovský, Skácelová & Šablová, 2012; Miovský, M., & Šťastná, L. (2015). Miovský Ed., 2015, M., Skácelová, L., & Zapletalová, J. (2015). *Doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga
- Miovský, M., & Šťastná, L. (2015). Evaluace preventivních programů a intervencí. In M. Miovský, *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování* (s. 52–57). Nakladatelství Lidové noviny.
- Miovský, M., & Zapletalová, J. (2015). Cílové skupiny preventivních programů. In M. Miovský (Ed.), *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání, s. 89–93). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Miovský, M., Skácelová, L., & Zapletalová, J. (2015). Zásady efektivní prevence rizikového chování u dětí a mládeže. In M. Miovský (Ed.), *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání, s. 58–59). Nakladatelství Lidové noviny.
- Miovský, M. (2015). Historie a současné pojetí školské prevence rizikového chování v České republice. In M. Miovský a kol., *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání, s. 17–33). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Miovský, M., Šťastná, L., Gabrhelík, R., & Jurystová, L. (2011). Evaluation of the Drug Prevention Interventions in the Czech Republic. *Adiktologie*, 11(4), 236–347.
- Miovský, M., Voňková, H., Čablová, L., & Gabrhelík, R. (2015). Cannabis use in children with individualized risk profiles: Predicting the effect of universal prevention intervention. *Addictive Behaviors*, 50, 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.013>
- Miovský, M., Voňková, H., Gabrhelík, R., & Šťastná, L. (2015). Universality Properties of SchoolBased Preventive Intervention Targeted at Cannabis Use. *Prevention Science*, 16(2), 189–199. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0453-z>
- Morin, S. F. & Collins, C. (2000). Substance abuse prevention: moving from science to policy. *Addictive Behaviors*, 25, 975–983

- Morse, D. T. (1999). Minsize2: a Computer Program for Determining Effect Size and Minimum Sample Size for Statistical Significance for Univariate, Multivariate, and Nonparametric Tests. *Educational and Psychological Measurement*, 59(3), 518–531. <https://doi.org/10.1177/00131649921969901>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovska, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2008). Annual Report The Czech Republic 2007 Drug Situation. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mužík, J. (2008). *Edukace řídicích dovedností: people management*. Praha: ASPI.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. 2.vyd. Praha: Akademia.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., Csémy, L. (2003). *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H. (1996). *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. (1997). *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. Praha: Fortuna.
- NNO P-centrum, spolek. Centrum primární prevence, o nás. [online]. [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/centrum-prevence-o-nas/>
- NNO Podané ruce. Informace o organizaci. [online]. [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/informace-o-organizaci/historie-spolecnosti/>
- Norberg, M. M., Kezelman, S., & Lim-Howe, N. (2013). Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS one*, 8(1), e53187. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053187>
- Nováková, D. (2002). Návrh definic základních pojmů primární prevence: Pracovní materiál. Pracovní skupiny: Primární prevence, Component 3: Phare Twinning Project Drug Policy. Přílohy č. V/1/1 Závěrečné zprávy č. III/1. Praha: Úřad vlády ČR.
- Offord D. R. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive behaviors*, 25(6), 833–842. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00132-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00132-5)
- Ondrejko, P. (2009). *Sociálna patológia*. 3. dopl. a preprac. vyd. Bratislava: Veda.

- Ondrejko, P. et al. (2000). *Otázky kriminality mládeže: Zborník Príspevkov z medzinárodnej konferencie o kriminalite mládeže*. Bratislava: MVSR a IUVENTA.
- Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 45–59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>
- Onrust, S. A., van der Heijden, A., Zschämis, A. L., & Speetjens, P. A. M. (2018). Effectiveness of Fresh Start: A Randomized Study of a School-Based Program to Retain a Negative Attitude Toward Substance Use in Secondary School Freshmen. *Substance Use & Misuse*, 6, 921–930. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385082>
- Orosová, O. (2003). *Pomoc – Prevencia - Rovesníci alebo „Preventívne nie nepoškodí“: inovatívne metódy v prevencii drogových závislostí v školskej praxi*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika.
- Orosová, O., Gajdošová, B., Salonna, F. (2007). *Prevencia a prediktívne faktory užívania drog*. Košice: Harlequin.
- Palm, R. Copernicus Project: Globální přístup k drogové problematice na komunitní úrovni. *Adiktologie*. 2001, 1(2), 97-105. (SVKUL; Č2619)
- Paulík, K. (2005). *Asertivita v jednání s lidmi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě Filozofická fakulta.
- Pelikán, J. (2007). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum.
- Pentz, M. A. (1999). Prevention in the community. In R. T. Ammerman, P. J. Ott, & R. E. Tarter (Eds.), *Prevention and societal impact of drug and alcohol abuse* (pp. 327–344). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Perkins, H. W., & Berkowitz, A. D. (1986). Perceiving the community norms of alcohol use among students: Some research implications for campus alcohol education programming. *International Journal of the Addictions*, 21(9-10), 961–976. <https://doi.org/10.3109/10826088609077249>
- Perry C. L. (1986). Community-wide health promotion and drug abuse prevention. *The Journal of school health*, 56(9), 359–363. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1986.tb05772.x>
- Perry, C. L., & Kelder, S. H. (1992). Models for effective prevention. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 13(5), 355–363. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(92\)90028-a](https://doi.org/10.1016/1054-139x(92)90028-a)

- Peschar, J. L., & Waslander, S. (1997). Prepared for life. How to measure cross-curricular competencies. Paris: OECD
- Pett, M. A. (1997). Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions. *Thousand Oaks*, Calif: Sage publications.
- Pilař, Budinská (2015) Koordinační rámec školské prevence a role. In Miovský et al., *Prevence rizikového chování ve školství* (s. 62-65). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.
- Píšová, M. (2010). Učitel-expert: přehled výzkumných trendů a jejich výsledků. *Pedagogika*, 60(3/4), 242–253.
- Podhájecká, M. & Kožárová, J. (2016). *Komplexný prístup k deťom s problémovým správaním v predškolskom veku*. Prešov: Prešovská univerzita.
- Poliaková, E., Ondrejko, P. (1999). *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda.
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E., & Beirness, D. J. (2010). A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. *Health Education & Behavior*, 5, 709–723. <https://doi.org/10.1177/1090198110361315>
- Preiser, S., & Dresel, M. (2003). Pädagogische Psychologie: Psychologische Grundlagen von Erziehung und Unterricht. Juventa. <https://www.gbv.de/dms/hebis-darmstadt/toc/109550609.pdf>
- Pressová, J. (2014). *Školní vztahová síť jako zdroj resilience dětí v riziku poruch chování*. Brno: Masarykova univerzita.
- Programme for International Student Assessment. (2003). *The PISA 2003 assessment framework: Mathematics, reading, science and problem solving knowledge and skills*. Paris: OECD. <https://www.worldcat.org/title/pisa-2003-assessment-framework-mathematics-reading-science-and-problem-solving-knowledge-and-skills/oclc/52908089>
- Procházka, M. (2019). *Metodik prevence a jeho role na základní škole*. Praha: Pasparta.
- Průcha, J., & Švaříček, R. (2009). Etický kodex české pedagogické vědy a výzkumu. *Pedagogická orientace* 19(2):89-105. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/pedor/archiv/2009/pedor09_2_etickykodexceskepedagogick-ev-edy-pruchasvaricek.pdf
- Průcha, J., Veteška, J. (2014). *Andragogický slovník*. Praha: Grada Publishing.
- Rabušic, L. et al. (2001). *České hodnoty 1991-1999: Sborník prací FSS Brněnské univerzity*. Brno: Masarykova univerzita.

- Riggs, N. R., & Pentz, M. A. (2009). Long-term effects of adolescent marijuana use prevention on adult mental health services utilization: the midwestern prevention project. *Substance use & misuse*, 44(5), 616–631. <https://doi.org/10.1080/1082608090280969>
- Robertson, E. B., Davis, S. L., & Rao, S. A. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes: una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad: versión abreviada. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas. Retrieved from: https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
- Rosenthal, R., Rosnow, R. L., & Rubin, D. B. (2000). *Contrasts and effect sizes in behavioral research: A correlational approach*. Cambridge University Press.
- Shamblen, S. R., & Derzon, J. H. (2009). A Preliminary Study of the Population-Adjusted Effectiveness of Substance Abuse Prevention Programming: Towards Making IOM Program Types Comparable. *The Journal of Primary Prevention*, 2, 89–107. <https://doi.org/10.1007/s10935-009-0168-x>
- Shapiro, S.S. & Wilk, M.B. (1965) An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika*, 52 (3–4, 591–611. <https://doi.org/10.1093/biomet/52.3-4.591>
- Sheskin, D. J. (2011). *Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures* (5th ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9780429186196>
- Short, J. L., Roosa, M. W., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Gensheimer, L. K., Braver, S. L., & Tein, J.Y. (1995). Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology*, 2, 223–247. <https://doi.org/10.1007/bf02506937>
- Schavel, M. (2010). *Sociální prevence*. Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences* (2nd ed.) New York: McGraw-Hill Book Company.
- Skutil, M. a kol. (2011) *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál.
- Slavíková, I. & Zapletalová, J. (2015). Školní metodik prevence. In Miovský, M. a kolektiv. *Prevence rizikového chování ve školství*. (s. 121–127). Praha: Univerzita Karlova.

- Social Science Statistics (2022, duben 13). Retrieved from: <https://www.socscistatistics.com/tests/>
- Spilka, S., Janssen, E. & Legleye, S. (2013). *Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST)*. Saint-Denis: Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.
- Statistics Kingdom (2022, duben 14). Retrieved from: <https://www.statskingdom.com/>
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: World Health Organization.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Subedi, B. P. (2016). Using Likert type data in social science research: Confusion, issues and challenges. *International Journal of Contemporary Applied Sciences*, 3(2), 36–49. Retrieved from: <http://ijcar.net/assets/pdf/Vol3-No2-February2016/02.pdf>
- Sussman, S. (1989). Two social influence perspectives of tobacco use development and prevention. *Health Education Research*, 4(2), 213-223. <https://doi.org/10.1093/her/4.2.213>
- Svoboda, J. & Němcová, L. (2015). *Krizové situace výchovy a výuky*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton.
- Špinarová, T. (2018) Nástroje Tvůrce, In: *Učitel v roli Tvůrce*. Metodická příručka ke kurzu pro pedagogy, ACADEMIA IREAS, o. p. s.
- Švaříček, R., Šed'ová, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Thomas, J. R., & Nelson, J. K. (2001). *Research methods in physical activity* (4th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Tobler, N. S., & Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71–128. <https://doi.org/10.1023/A:1024630205999>
- Urban, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Zdravotnické nakladatelství.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum
- Vagos, P., Pereira, A. (2010). A Proposal for Evaluating Cognition in *Assertiveness*. *Psychological Assessment*, 22(3), 657-665. doi: 10.1037/a0019782

- van der Kreeft, P., Coone, A., Dewulf, F., Pau, M. De, Miovský, M., Gabrhelík, R. et al.: European Prevention Curriculum. Lisbon. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). <https://doi.org/10.2810/328460>
- van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M., Lindahl, A. M., Melero, J. C., Vassara, M., Faggiano, F., & Eu-Dap Study Grp. (2009). „Unplugged”: A new European school programme against substance abuse. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 16(2), 167–181. <https://doi.org/Pii908706450> [10.1080/09687630701731189](https://doi.org/10.1080/09687630701731189)
- van der Stel, J., & Voordewind, D. (Ed.). (1998). *European handbook on drug prevention: Alcohol, drugs and tobacco*. Council of Europe.
- Viktorin, J. & Vítková, M. (2018). Pracovníci školního poradenského pracoviště v inkluzivním prostředí škol hlavního vzdělávacího proudu v Jihomoravském kraji (Staff of School Counselling Center in Inclusive Environment of Mainstream Schools in the South-Moravian Region). *Štúdie zo špeciálnej pedagogiky*. Vol 7(1), s. 24-48. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity.
- Vlčková, K. (2011). Smíšený výzkum: Jedná se o nové a závažné téma? In T. Janík, P. Knecht, & S. Šebestová (Eds.), *Smíšený design v pedagogickém výzkumu: Sborník příspěvků z 19. výroční konference České asociace pedagogického výzkumu* (s. 1–6). Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/capv2011/sbornikprispevku/vlckova.pdf>
- Vokurka, M. (c2005). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- Walton, M. A., Resko, S., Barry, K. L., Chermack, S. T., Zucker, R. A., Zimmerman, M. A., Booth, B. M., & Blow, F. C. (2014). A randomized controlled trial testing the efficacy of a brief cannabis universal prevention program among adolescents in primary care. *Addiction*, 109(5), 786–797. <https://doi.org/10.1111/add.12469>
- Washburn, I. J., & Capaldi, D. M. (2014). Influences on boys' marijuana use in high school: A two-part random intercept growth model. *Journal of Research on Adolescence*, 24(1), 117–130. <https://doi.org/10.1111/jora.12030>

Dokumenty

Doporučení Rady ze dne 22. května 2018 o klíčových kompetencích pro celoživotní učení.
Doručení Rady 2018/C 189/01
Evropská charta pro výzkumné pracovníky a usnesení vlády ČR č. 1005/2005 a č. 951/2006. Sekretariát legislativní rady vlády.

Manuál pro vytvoření minimálního preventivního programu. NÚV: Národní ústav pro vzdělávání.

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027. Praha: MŠMT.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Protidrogová agenda a akční plán EU na období 2021–2025. Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů. COM(2020) 606 final

Protidrogový akční plán EU na období 2017–2020. Informace Rady 2017/C 2015/02.

Protidrogová strategie EU (2013–2020). Doporučení Rady 2012/C 402/01.

Rámcové vzdělávací programy středního odborného vzdělávání. Praha: MŠMT.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: MŠMT.

Stanovisko Asociace neziskových organizací ANO sekce primární prevence k projektu Revolution Train. OSPRCH – Odborná společnost pro prevenci rizikového chování.

Stanovisko MŠMT z 10. 11. 2015 k projektu Revolution Train. MŠMT-43134/2015-1

Strategie EU pro oblast drog na období 2021–2025. Informace Rady 2021/C 102 I/01.

Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2030+. Praha: MŠMT.

Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků. Účinná ze dne 1.9.2005. Praha: MŠMT.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Účinná ze dne 9.2.2005. Praha: MŠMT.

Vyhláška č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Účinná ze dne 1.1.2019. Praha: MŠMT.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Platný ze dne 10.11.2004.

Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ze dne 13.5.2019, usnesení č. 329.

Seznam zkratek

APA – Americká psychologická asociace (American Psychological Association)
CAGE – alkoholový screeningový dotazník
CAST – alkoholový screeningový test
CBD – kanabidiol
CPLDZ – centrum pro léčbu drogových závislostí
CPPPaP – Centra pedagogicko-psychologického poradenství a prevence
DSM-IV – 4. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace
DVPP – Další vzdělávání pedagogických pracovníků
EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
EU – Evropská unie
EUDAP – European Drug Addiction Prevention
EUSPR – Evropská společnost pro výzkum v prevenci
HIV – Human Immunodeficiency Virus
ICD-10–10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO
KAB – Knowledge – Attitude – Behavior
MŠMT – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
NNO – Nestátní nezisková organizace
NSPP – Národní strategie protidrogové politiky
NSZ – Národní strategie v oblasti závislostí
OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Cooperation and Development)
OSN – Organizace spojených národů
OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PPP – Pedagogicko-psychologická poradna
PPRCH – metodické doporučení prevence rizikového chování
PPŠ – Preventivní program školy
RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVP – Rámcový vzdělávací program
RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání
SFP – Program posilování rodin

SMAAP – Programu zvládání stresu a povědomí o alkoholu

STAR – Program studenti společně a vynalézavý

ŠMP – Školní metodik prevence

THC – Tetrahydrokanabinol

TR89S – program zaměřený na THC pro osmou, devátou třídu, gymnázia a střední školy „(Ne)zahulíme, uvidíme...“.

VŠ ČR – Vysoké školy v české republice

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: Intervenční prostředí, rizikové faktory a ochranné faktory

Tabulka 2: Typy prevence závislosti na drogách podle klasické a moderní konceptualizace

Tabulka 3: Výhody a nevýhody univerzálních programů

Tabulka 4: Výhody a nevýhody selektivních a indikovaných programů

Tabulka 5: Proč tedy provádět prevenci závislosti na drogách ve školách

Tabulka 6: Věk respondentů

Tabulka 7: Pohlaví respondentů

Tabulka 8: Vzdělání respondentů – třída

Tabulka 9: Vzdělání respondentů – škola

Tabulka 10: Složení rodiny

Tabulka 11: Vztahy v rodině

Tabulka 12: Studijní výsledky

Tabulka 13: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 8: „Jaký je rozdíl mezi konopím a marihuanou? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 14: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 9: „Zkratka THC označuje? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 15: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 10: „Jaká je zkratka názvu další účinné látky obsažené v konopí? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 16: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 11: „Konopná lana se vyrábí ze (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 17: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 12: „Marihuanu lze užívat (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 18: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 13: „Na jaká onemocnění lze užívat tzv. léčebné konopí (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 19: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 14: „Dlouhodobé užívání marihuany nemůže u dospívajících způsobit (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 20: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 15: „Léčebné konopí se může užívat (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 21: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 16: „Které projevy nepatří mezi důsledky závislosti na užívání marihuany? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 22: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti – Otázka 17: „Distribuce návykové látky (marihuany) ve škole je v České republice (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 23: Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále Znalosti (U-test)

Tabulka 24a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 18: „Kamarád slaví narozeniny a jeden ze spolužáků Ti nabídne bong. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 24b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 18: „Kamarád slaví narozeniny a jeden ze spolužáků Ti nabídne bong. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 25a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 19: „Před školou ti starší spolužák nabídne jointa. Co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 25b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 19: „Před školou ti starší spolužák nabídne jointa. Co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 26a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 20: „Na přespávání u kamarádky někdo vytáhne jointa, hraje se hra flaška a každý, kdo nesplní úkol, si musí zakouřit jointa. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 26b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 20: „Na přespávání u kamarádky někdo vytáhne jointa, hraje se hra flaška a každý, kdo nesplní úkol, si musí zakouřit jointa. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 27a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 21: „Jsi ve škole a Tvůj dobrý kamarád/kamarádka Ti nabídne jointa, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 27b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 21: „Jsi ve škole a Tvůj dobrý kamarád/kamarádka Ti nabídne jointa, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 28a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 22: „V partě, do které patříš, si všichni zapálí jointa a čekají, že se také přidáš, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 28b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 22: „V partě, do které patříš, si všichni zapálí jointa a čekají, že se také přidáš, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 29a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 23: „Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 29b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 23: „Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 30a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 24: „Na ulici, kterou obvykle chodíš, Ti někdo neznámý opakovaně nabízí jointa trávy. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 30b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 24: „Na ulici, kterou obvykle chodíš, Ti někdo neznámý opakovaně nabízí jointa trávy. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 31a: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 25: „Na taneční akci nebo na hudebním festivalu Ti někdo cizí nabídne jointa, jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“

Tabulka 31b: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce – otázka 25: „Na taneční akci nebo na hudebním festivalu Ti někdo cizí nabídne jointa, jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 32: Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce (U-test)

Tabulka 33: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 26: „Riziko nehody při řízení pod vlivem THC se v naší společnosti zbytečně přeceňuje (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 34: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 27: „Nevadilo by mi, kdyby někdo z mých známých či rodinných příslušníků konzumoval THC na veřejnosti (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 35: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 28: „Nevadilo by mi chodit s klukem/holkou, co bude užívat marihuanu a jiné konopné látky (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 36: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 29: „Líbí se mi, jak vypadají lidé, kteří konzumují THC (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 37: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 30: „Kouření marihuany má více pozitivních než negativních účinků na organismus (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 38: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 31: „Každý jednotlivec v období dospívání má právo užívat marihuanu podle svého uvážení (zakroužkuj jednu možnost):“ (U-test)

Tabulka 39: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 32: „Konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti je normální:“ (U-test)

Tabulka 40: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 33: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ - Zlepšit si náladu (U-test)

Tabulka 41: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 34: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Zapadnout do party (U-test)

Tabulka 42: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 35: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ - Využít léčebné možnosti konopí (U-test)

Tabulka 43: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 36: „Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod užívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Získat nové zkušenosti (U-test)

Tabulka 44: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 37: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat

marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Neohrozit svůj zdravotní stav (U-test)

Tabulka 45: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 38: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Nevytvořit si psychickou nebo tělesnou závislost na droze (U-test)

Tabulka 46: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 39: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Nevydávat peníze za drogu (U-test)

Tabulka 47: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – Otázka 40: „Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč neužívat marihuanu a jiné konopné látky? Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:“ – Nemuset užívání marihuany skrývat před rodiči nebo učiteli (U-test)

Tabulka 48: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – otázka 41: „Budeš chtít konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti?“ (U-test)

Tabulka 49: Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence – prodrogové a protidrogové postoje (U-test)

Tabulka 50: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 42: „Jak často nyní konzumuješ marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci:“

Tabulka 51: – Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 42: „Jak často nyní konzumuješ marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci:“ (U-test)

Tabulka 52: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 43: „Jak často vídáš svoje kamarády konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“

Tabulka 53: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 43: „Jak často vídáš svoje kamarády konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“ (U-test)

Tabulka 54: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 44: „Jak často vídáš někoho z rodiny konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“

Tabulka 55: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 44: „Jak často vídáš někoho z rodiny konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:“ (U-test)

Tabulka 56: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 45: „Lidé, kteří jsou pro Tebe důležití a na jejich názory hodně dáš, užívání marihuany:“

Tabulka 57: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – otázka 45: „Lidé, kteří jsou pro Tebe důležití a na jejich názory hodně dáš, užívání marihuany:“ (U-test)

Tabulka 58: Celkové porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC (U-test)

Tabulka 59: Soubor participantů pro semistrukturované rozhovory s pedagogickými pracovníky (n = 4).

Tabulka 60: Přehled kategorií a kódů druhé fáze výzkumu

Tabulka 61: Soubor participantů pro semistrukturované rozhovory s lektory (n = 4)

Tabulka 62: Přehled kategorií a kódů třetí fáze výzkumu

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů

Graf 2: Pohlaví respondentů

Graf 3: Vzdělání respondentů – třída

Graf 4: Vzdělání respondentů – škola

Graf 5: Složení rodiny

Graf 6: Vztahy v rodině

Graf 7: Studijní výsledky

Graf 8: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 9: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 10: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 11: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 12: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 13: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 14: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 15: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále kompetence resistance vůči nabídce

Graf 16: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 17: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 18: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 19: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 20: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 21: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 22: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 23: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 24: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 25: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 26: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 27: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 28: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 29: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 30: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 31: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále hodnotově postojové kompetence

Graf 32: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 33: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 34: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 35: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 36: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 37: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 38: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 39: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 40: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 41: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC

Graf 42: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – konzumace marihuany u respondentů

Graf 43: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – konzumace marihuany u kamarádů

Graf 44: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC – konzumace v rodině

Graf 45: Porovnání účastnické a kontrolní skupiny v subškále zkušenosti s THC –

Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 - Informovaný souhlas účastníka rozhovoru a informační list

Příloha 3 – Ukázka zpracování přepisu rozhovoru s učitelem – podklad pro kódování

Příloha 4 – Ukázka zpracování přepisu rozhovoru s lektorem – podklad pro kódování

Příloha 1 – Dotazník

Vážená studentko, vážený studente,

jmenuji se Daniela Nováková, studuji na Univerzitě Karlově. Prosím Tě o vyplnění krátkého dotazníku, který se týká Tvých znalostí a postojů k užívání návykových látek, konkrétně marihuany. Zjištění z dotazníku budou použita pro můj výzkum s názvem Vliv programů primární protidrogové prevence na rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů. **Dotazník je zcela anonymní a mohu Ti zaručit, že nikde nebude použito Tvoje jméno.** Prosím, vyplňuj sám/a za sebe a nenech se nikým ovlivňovat. Děkuji Ti za čas a spolupráci, Daniela Nováková.

E-mail: daniela.novakova@ff.cuni.cz

Položka 1: Věk (doplň):

Položka 2: Pohlaví (zakroužkuj jednu možnost):

- chlapec
- dívka
- nechci uvádět

Položka 3: Položka 4: Třída (doplň):

Položka 4: Škola (zakroužkuj jednu možnost):

- základní škola
- střední škola s výučním listem
- střední škola s maturitou
- gymnázium, víceleté gymnázium

Položka 5: Složení Tvoji rodiny (zakroužkuj jednu možnost):

- žiji s oběma vlastními rodiči
- žiji v péči jednoho vlastního rodiče
- žiji ve střídavé péči obou rodičů
- žiji s jedním vlastním rodičem a jeho partnerem/partnerkou
- žiji s adoptivními rodiči, pěstouny
- žiji s prarodiči
- žiji v dětském domově
- žiji sám/sama

Položka 6: Vztahy v naší rodině jsou (zakroužkuj jednu možnost):

- dobré
- spíše dobré
- občas dobré a občas špatné
- spíše špatné
- špatné

Položka 7: Jaké jsou Tvoje studijní výsledky (zakroužkuj jednu možnost):

- výborné, mám vyznamenání
- velmi dobré
- průměrné
- dostačující, snažím se nepropadnout
- velmi špatné (propadám)

V této části dotazníku se ptám na Tvoje současné znalosti ohledně marihuany:

Položka 8: Jaký je rozdíl mezi konopím a marihuanou? (zakroužkuj jednu možnost):

- marihuana je silnější odrůda rostliny konopí
- konopí je název pro celou rostlinu a marihuana je název pro sušené palice této rostliny
- marihuana je název pro rostlinu a konopí je název pro sušené palice této rostliny
- marihuana je jiný název pro konopí

Položka 9: Zkratka THC označuje? (zakroužkuj jednu možnost):

- Tetrahydrokanabinol
- Tyhydrokanabiol
- Tekutý hydroxicanabiol
- Tehydroxid konopný

Položka 10: Jaká je zkratka názvu další účinné látky obsažené v konopí? (zakroužkuj jednu možnost):

- CBD
- MMA
- MMD
- DBA

Položka 11: Konopná lana se vyrábí ze (zakroužkuj jednu možnost):

- stonků indického konopí
- kořenů indického konopí
- stonků konopí setého
- konopí indického i setého, podle toho, jaká rostlina se v oblasti pěstuje

Položka 12: Marihuanu lze užívat (zakroužkuj jednu možnost):

- injekčně a kouřením
- kouřením a požíváním
- kouřením a šňupáním
- šňupáním a injekčně

Položka 13: Na jaká onemocnění lze užívat tzv. léčebné konopí (zakroužkuj jednu možnost):

- schizofrenii a další psychiatrická onemocnění

- cirhózu jater, zánět slinivky a cukrovku
- epilepsii a deprese
- roztroušenou sklerózu, pokročilá stádia rakoviny, Alzheimerovu chorobu

Položka 13: Dlouhodobé užívání marihuany **nemůže** u dospívajících způsobit (zakroužkuj jednu možnost):

- poruchy učení (problémy se čtením, psaním, počítáním...)
- schizofrenii
- agresivní chování
- Parkinsonovu chorobu

Položka 14: Léčebné konopí se může užívat (zakroužkuj jednu možnost):

- pomocí bongu
- ve formě sladkého pečiva
- ve formě jointu s tabákem
- vaporizací

Položka 15: Které projevy **nepatří** mezi důsledky závislosti na užívání marihuany? (zakroužkuj jednu možnost):

- bludy a halucinace
- kašel a rozedma plic
- panika a úzkost
- zánět žláz s vnitřní sekrecí

Položka 16: Distribuce návykové látky (marihuany) ve škole je v České republice (zakroužkuj jednu možnost):

- zakázána (považována za protiprávní jednání)
- povolena lékařům a zdravotnickým pracovníkům
- povolena u osob starších 18 let
- výrazně nedoporučena, ale není zakázána

V této části dotazníku jsou uvedeny situace, které jsou s užíváním marihuany spojeny. Prosím, abys vybral/a možnost, která nejvíce odpovídá tomu, jak by ses zachoval/a, pokud by ses do takové situace dostal/a.

Položka 17: Kamarád slaví narozeniny a jeden ze spolužáků ti nabídne bong. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději se přestanu účastnit podobných akcí
- přijmu nabídku, protože je to výjimečná situace

Položka 18: Před školou ti starší spolužák nabídne jointa. Co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději se dotyčné osobě začnu vyhýbat
- přijmu nabídku, protože mu věřím

Položka 19: Na přespávání u kamarádky někdo vytáhne jointa, hraje se hra flaška a každý, kdo nesplní úkol, si musí zakouřit jointa. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději se přestanu účastnit podobných akcí
- přijmu nabídku, je to legrace

Položka 20: Jsi ve škole a Tvůj dobrý kamarád/kamarádka Ti nabídne jointa, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději ukončím kamarádství
- přijmu nabídku, abych se kamaráda nedotkl/a

Položka 21: V partě, do které patříš, si všichni zapálí jointa a čekají, že se také přidáš, co nejspíše uděláš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději přestanu do party chodit
- přijmu nabídku, jinak bych se znemožnil/a

Položka 22: Na rodinné oslavě ti tvůj rodinný příslušník nabídne ochutnat koláčky s trávou. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději z oslavy odejdu
- přijmu nabídku, protože mu věřím

Položka 23: Na ulici, kterou obvykle chodíš, Ti někdo neznámý opakovaně nabízí jointa trávy. Jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději začnu chodit jinou cestou
- přijmu nabídku, taková příležitost se neodmítá

Položka 24: Na taneční akci nebo na hudebním festivalu Ti někdo cizí nabídne jointa, jak se nejspíše zachováš? (zakroužkuj jednu možnost):

- odmítnu bez vysvětlení
- odmítnu, ale budu se snažit vysvětlit proč
- raději se přestanu účastnit podobných akcí
- přijmu nabídku, je to zábava

V této části dotazníku mě zajímají Tvoje názory na marihuanu. Z nabízené škály vyber možnost, která se nejvíce blíží tomu, jak silně s výrokem souhlasíš nebo nesouhlasíš.

Položka 25: Riziko nehody při řízení pod vlivem THC se v naší společnosti zbytečně přeceňuje (zakroužkuj jednu možnost):

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 26: Nevadilo by mi, kdyby někdo z mých známých či rodinných příslušníků konzumoval THC na veřejnosti (zakroužkuj jednu možnost):

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 27: Nevadilo by mi chodit s klukem/holkou, co bude užívat marihuanu a jiné konopné látky (zakroužkuj jednu možnost):

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 28: Líbí se mi, jak vypadají lidé, kteří konzumují THC (zakroužkuj jednu možnost):

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 29: Kouření marihuany má více pozitivních než negativních účinků na organismus (zakroužkuj jednu možnost):

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím

- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 30: Každý jednotlivec v období dospívání má právo užívat marihuanu podle svého uvážení (zakroužkuj jednu možnost):

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 31: Konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti je normální:

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Co je podle Tebe důležitý a dobrý důvod **užívat marihuanu** a jiné konopné látky?
Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:

Položka 32: Zlepšit si náladu

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 33: Zapadnout do party

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 34: Využít léčebné možnosti konopí

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 35: Získat nové zkušenosti

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Co je pro Tebe důležitý a dobrý důvod proč **neužívat marihuanu** a jiné konopné látky?
Zakroužkuj vždy jen jednu možnost:

Položka 36: Neohrozit svůj zdravotní stav:

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 37: Nevytvořit si psychickou nebo tělesnou závislost na droze:

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 38: Nevydávat peníze za drogu:

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 39: Nemuset užívání marihuany skrývat před rodiči nebo učiteli:

- naprosto souhlasím
- spíše souhlasím
- tak půl na půl
- spíše nesouhlasím
- naprosto nesouhlasím

Položka 40: Budeš chtít konzumovat marihuanu a jiné konopné látky v dospělosti?

- určitě ne
- spíše ne
- musím si to ještě rozmyslet
- spíše ano
- určitě ano

Poslední část dotazníku se ptá na Tvoje dosavadní zkušenosti s THC. Zakroužkuj prosím vždy tu možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci.

Položka 41: Jak často nyní konzumuješ marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá Tvé situaci:

- vůbec
- jednou až dvakrát za měsíc
- jednou týdně
- několikrát týdně
- denně

Položka 42: Jak často vídáš svoje kamarády konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:

- vůbec
- jednou až dvakrát za měsíc
- jednou týdně
- několikrát týdně
- denně

Položka 43: Jak často vídáš někoho z rodiny konzumovat marihuanu? Zakroužkuj možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti:

- vůbec
- jednou až dvakrát za měsíc
- jednou týdně
- několikrát týdně
- Denně

Položka 44: Lidé, kteří jsou pro Tebe důležití a na jejichž názory hodně dáš, užívání marihuany:

- schvalují
- neřeší
- kritizují

Pokud chceš k dotazníku něco doplnit, můžeš zde:

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha 2 - Informovaný souhlas účastníka rozhovoru (2. a 3. fáze výzkumu)

Informovaný souhlas

Součástí informovaného souhlasu je informační list. Před podpisem Vám bude objasněn obsah informačního listu, přesto Vás žádám o jeho pečlivé pročtení.

Prohlášení účastníka/účastnice rozhovoru o informovaném souhlasu

Já, níže podepsaný/-á, stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/-a seznámen/-a s informačním listem a byl/-a jsem informován/-a o plánovaném průběhu rozhovoru. Měl/-a jsem možnost svoji účast řádně zvážit a zeptat se na vše podstatné, co mě zajímalo. Veškeré otázky mi byly zodpovězeny k mé spokojenosti. Obdržel/-a jsem kopii formuláře informovaného souhlasu. Dobrovolně souhlasím s účastí na rozhovoru a jsem si vědom/-a možnosti rozhovor kdykoliv v průběhu ukončit.

Jméno a příjmení:

Podpis účastníka/účastnice rozhovoru:

V Praze dne:

Prohlášení tazatelky, která s účastníkem/účastnicí probírala podmínky rozhovoru a informovaného souhlasu

Já: Daniela Nováková

svým podpisem stvrzuji, že jsem účastníkovi/účastnici rozhovoru:

předložila informační list a seznámila ho/ji, jak nejlépe dovedu, s průběhem plánovaného rozhovoru.

1. Tazatelka provede rozhovor s výše uvedenou osobou.
2. Rozhovor bude trvat přibližně půl hodiny.
3. Pokud bude účastník/účastnice sama chtít, zašle mu tazatelka přepis rozhovoru k autorizaci.
4. Rozhovor bude zveřejněn v disertační práci s názvem: „Vliv programu primární protidrogové prevence na rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů“.

Potvrzuji, že účastník/účastnice měl/-a příležitost se ptát a že všechny položené otázky jsem zodpověděla správně a korektně jak nejlépe dovedu.

Potvrzuji, že účastník/účastnice:

nebyl/-a k souhlasu donucen/-a, a že souhlasil/-a svobodně a dobrovolně. Kopie formuláře informovaného souhlasu včetně informačního listu byla účastníkovi/účastnici poskytnuta.

Jméno a příjmení tazatelky:

V Praze dne:

Podpis tazatelky:

Informační list

Daniela Nováková, studentka Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, se mnou povede polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor bude veden za účelem vypracování disertační práce s názvem: „Vliv programu primární protidrogové prevence na rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů“.

Cíl rozhovoru: Cílem polostrukturovaných rozhovorů je získání zpětné vazby od pedagogických pracovníků škol, kteří se účastnili programu primární prevence zaměřeného na THC a jiné konopné látky. Zejména se rozhovor týká toho, zda je program přiměřený pro věkovou skupinu. Také toho, jaké specifické kompetence žáků a studentů se podle pedagogických pracovníků naplňují v programu nejlépe (nejvíce efektivně) a nejhůře či, zhodnocení efektivity programu (jeho silných a slabých stránek).

Postup práce, výstupy:

Rozhovor bude trvat přibližně půl hodiny. Rozhovor a jeho výsledky budou anonymizovány. Bude-li si účastník/účastnice rozhovoru přát, pošle mu tazatelka hotový přepis rozhovoru k následné autorizaci.

Získané poznatky tazatelka zpracuje výhradně pro studijní účely, a to v rámci výše uvedené disertační práce, kde bude rozhovor zveřejněn v písemné podobě.

Disertační práce bude po obhájení dostupná v centrálním katalogu Univerzity Karlovy. Hotová disertační práce může být na základě přání účastníka/účastnice rozhovoru zaslána elektronicky nebo poštou.

Dobrovolná účast:

Účast v rozhovoru je zcela dobrovolná. Účastník/Účastnice může během rozhovoru odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a bez udání důvodu rozhovor kdykoliv ukončit. V případě jakéhokoliv dotazu či pochybnosti je možné vše s tazatelkou znovu prodiskutovat, případně souhlas kdykoliv odvolat a ze spolupráce odstoupit.

Možnosti kontaktu:

S dalšími podněty, dotazy, stížnostmi týkajícími se disertační práce a rozhovoru se lze obrátit na níže uvedené osoby.

Studentka Filozofické fakulty Univerzity Karlovy

Jméno a příjmení: Mgr. Daniela Nováková, DiS., email: daniela.novakova@ff.cuni.cz

Školitel disertační práce:

Jméno a příjmení: doc. PhDr. Jitka Lorenzová, Ph.D., email: jitka.lorenzova@post.cz

Příloha 3 – Ukázka zpracování přepisu rozhovoru s učitelem – podklad pro kódování

Nedávno jste se jako pedagog zúčastnil/a programu primární prevence (Ne)zahulíme, uvidíme..., který se věnoval tématům, která se týkala užívání marihuany. Ráda bych se dozvěděla zpětnou vazbu na tento program. Data budou přepsána do disertační práce s názvem: Vliv programů primární protidrogové prevence na rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů.

Program, kterého jste se účastnila měl cíle, které jsou pro náš rozhovor důležité. Začala bych tím, že Vás s nimi krátce seznámím:

- Vyvrátit nejčastější mýty spojené s užíváním marihuany – znalosti
- Rozlišit rizikové užívání marihuany od užívání léčebného konopí – znalosti
- Informovat o hlavních rizicích užívání marihuany – znalost
- Diskutovat o legislativě související s užíváním, pěstováním a distribucí konopí -
- Posoudit vlastní postoje k užívání marihuany v rámci třídního kolektivu – sebeuvědomění
- Posílit negativní postoj k rizikovému užívání marihuany – negativní postoj
- Předejít u experimentujících uživatelů marihuany přechodu k pravidelnému užívání marihuany – tendence k chování

1. Byl z Vašeho pohledu program přiměřený pro cílovou skupinu?

Ano, určitě byl. Akcentoval vývojové a kognitivní potřeby dětí.

2. Na kolik % byly z Vašeho pohledu naplněny cíle programu?

100 % - všechny výše zmíněné cíle byly naplněny. Nejlépe byly naplněny však cíle znalostní, v programu mi chyběla zážitková pedagogika.

3. V čem program dle Vás prohluboval znalosti spojené s prevencí užívání marihuany?

Enviromentální rozměr programu – ujasnit si rozdíl mezi technickým, léčebným a nelegálním užíváním konopných látek. Program měl velký teoretický základ.

4. V čem program dle Vás prohluboval hodnotově postoje kompetence spojené s prevencí užívání marihuany?

Posílení negativního postoje k rizikovému užívání marihuany, nezačínat ani s experimenty.

5. V čem program dle Vás prohluboval dovednosti spojené s komunikačně-interakčními strategiemi odolávání nabídce vůči konopným drogám?
Nejpravděpodobněji se s drogou setkáme u kamaráda – je dobré být připraven odmítnout. Je tedy důležité, aby žáci byli připraveni se vyrovnat s tlakem sociální skupiny, uměli návykovou látku odmítnout a neměli přitom špatné pocity.
6. V čem program prohluboval důvěru ve vlastní schopnost odmítnout návykovou látku?
Myslím, že šlo hlavně o posílení schopnosti čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopnosti odmítat, zkvalitněním sociální komunikace.
7. Které z následujících kompetencí se dle Vašeho názoru naplňují v programu nejlépe, nejvíce efektivně? Znalostní kompetence – teoretický základ.
8. Které z výše uvedených kompetencí se dle Vašeho názoru naplňují v programu nejhůře? Kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání. Do programu by bylo vhodné zařadit více aktivit na bázi zážitkové pedagogiky.
9. Co přinesl program Vám? – Nové informace a znalosti týkající se konopných látek. Také mi přinesl pozitivní náhled na třídní kolektiv a jeho skupinovou dynamiku.
10. Jaké vnímáte silné a slabé stránky programu? Přínosem programu je především to, že lektoři této organizaci jsou opravdu zkušení experti na téma marihuany. Nejen, že žákům poskytují nové informace, ale nechávají žákům prostor na doptávání, žáky nehodnotí. Téma vysvětlují trpělivě a jsou vždy vstřícní k nám pedagogům. Také oceňuji teoretický základ programu a možnost otevřené diskuze.
11. Kterou část programu byste změnil/a, a jakým způsobem? Více aktivit na bázi zážitkové pedagogiky, více akcentovat tlak vrstevníků.
12. Prostor pro jakýkoli další komentář... Velice si vážím lektorů, jsou vždy profesionální a nemají hodnotící postoj vůči žákům a studentům.

Příloha 4 - Ukázka zpracování přepisu rozhovoru s lektorem – podklad pro kódování

Dobrý den,

ráda bych se od Vás dozvěděla zpětnou vazbu na program zaměřený na THC, konkrétně TR89S. Výstupy, budou přepsány do disertační práce s názvem: Vliv programů primární protidrogové prevence na rozvoj specifických kompetencí žáků a studentů. Výstupy jsou zcela anonymní a nikde nebude použito Vaše jméno. Zaujaly mě cíle programu, které bych na začátek rozhovoru ráda zmínila:

- Vyvrátit nejčastější mýty spojené s užíváním marihuany.
- Rozlišit rizikové užívání marihuany od užívání léčebného konopí.
- Informovat o hlavních rizicích užívání marihuany.
- Diskutovat o legislativě související s užíváním, pěstováním a distribucí konopí.
- Posoudit vlastní postoje k užívání marihuany v rámci třídního kolektivu.
- Posílit negativní postoj k rizikovému užívání marihuany.
- Předejít u experimentujících uživatelů marihuany přechodu k pravidelnému užívání marihuany.

1. Je z Vašeho pohledu program THC přiměřený pro cílovou skupinu dětí ve věku od 13 let do 18 let? Co by se případně mělo změnit?

Ano, obsahově i formátem program odpovídá vývojovým i kognitivním potřebám cílové skupiny. Program by dále bylo vhodné rozšířit o nové trendy v užívání konopných látek (např. vapování kanabinoidů, konopné oleje, CBD produkty atd.)

2. Na kolik % jsou z Vašeho pohledu naplněny cíle programu, které jsou popsány výše?

Co případně chybí do celkového naplnění cílů?

Z 80 %. 20 % vnímám jako rezervu v případně nízké adherence cílové skupiny. Dále program příliš neakcentuje téma odmítnutí návykové látky a sociální tlak vrstevníků.

3. V čem program dle Vás prohlubuje znalostní kompetence spojené s prevencí užívání marihuany?

Pomáhá žákům pochopit různé formy užívání kanabinoidů (včetně míry rizika a účinků). Dále pomáhá odlišit rovinu užívání kanabinoidů pro rekreační účely a pro léčebné účely (rozlišení terminologie marihuana a léčebné konopí – tatáž látka může škodit i pomáhat)

4. V čem program dle Vás prohlubuje hodnotově postojevé kompetence spojené s prevencí užívání marihuany?

Program žákům pomáhá ukotvit zdravé postoje k realitě zneužívání návykových látek (já vs. sociální skupina vs. postoje společnosti). Také program pomáhá zvýšit náhled (a sekundárně postoj) na míru rizikovosti užívání konopí pro různé účely (tlak sociální skupiny, životní styl, sebemedikace, fascinace drogami atd.)

5. V čem program dle Vás prohlubuje dovednosti spojené s komunikačně-interakčními strategiemi odolávání nabídce vůči konopným drogám?

Žáci si mohou při interaktivních aktivitách programu srovnat postoj svůj a vrstevníků a díky reflexím vedeným z pozice lektora tento postoj následně upevnit nebo pozměnit.

6. V čem program prohlubuje důvěru ve vlastní schopnost odmítnout návykovou látku?

Tato dovednost je částečně obsáhnuta v aktivitě zvědomující přínosy zdravého životního stylu (jaké jiné aktivity žákům přinášejí podobné prožitky jako u konopí). Dochází k upevnění neuzivatelského postoje a sebehodnoty žáka. Přímé techniky odmítání nicméně však v programu nesou obsaženy.

7. Které z následujících kompetencí se dle Vašeho názoru naplňují v programu nejlépe, nejvíce efektivně? Znalostní kompetence (***), kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání (*), hodnotově postojevé kompetence (**)

Ohodnoceno podle míry (3 hvězdičky = nejvíce)

8. Které z výše uvedených kompetencí se dle Vašeho názoru naplňují v programu nejhůře?

Kompetence resistance vůči nabídce – strategie jednání.

9. Co přinesl/přináší program Vám?

Zvýšil u mě schopnost přizpůsobovat preventivní obsah dynamické cílové skupině (žáci v období rané puberty až po plnoleté). Dále mi napomohl reagovat na konfrontační reakce (nehodnotícím způsobem) žáků.

10. Jaké vnímáte silné a slabé stránky programu?

Silné stránky:

- Kvalitní teoretický základ programu

- Přizpůsobení aktivit cílovým skupinám
- Interaktivnost programu
- Postojové nastavení lektorů (nehodnotící, partnerské, téma není prezentování šokujícím ani kriminalizujícím způsobem)
- Prostor pro diskuze s žáky

Slabé stránky:

- Program by mohl obsahovat více aktivit zážitkové pedagogiky
- Program postrádá přímou techniku na posilování odmítnutí návykové látky

11. Kterou část programu byste změnil/a, a jakým způsobem?

Obsah by bylo dobré rozšířit o nové trendy v užívání konopných látek (např. vapování kanabinoidů, konopné oleje, CBD produkty, téma legalizace konopí atd.)

12. Chtěl/a byste k programu ještě něco důležitého dodat? Pokud ne, tak děkuji za rozhovor.