

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Využití zážitku při prevenci rizikového chování  
Use of experience in the prevention of risky behaviour

Bc. Pavel Palyov

Vedoucí práce: PaedDr. Zdeňka Hanková, Ph.D.

Studijní program: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro základní školy a střední školy

Studijní obor: chemie — výchova ke zdraví

2023

Odevzdáním této diplomové práce na téma Využití zážitku při prevenci rizikového chování potvrzuji, že jsem ji vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. 12. 2023

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucí mé diplomové práce PaedDr. Zdeňce Hankové Ph.D. za trpělivost, příjemnou komunikaci a ochotu, kterou měla při práci se mnou. Dále, že díky předmětům, které jsem měl pod jejím vedením, mi představila zážitkovou pedagogiku a já ji tak mohu využívat v mé práci. Také bych chtěl poděkovat kolegům a vedení Základní školy Zárubova v Praze 12 za jejich velkou podporu.

## **ABSTRAKT**

Tématem této diplomové práce je využití zážitku v prevenci rizikového chování. Práce je členěna do čtyř kapitol. První tři kapitoly jsou teoretické. V první kapitole se zabýváme prevencí rizikového chování a související legislativou, rolí metodika prevence i dalších pracovníků, postavením školního preventivního programu společně s využíváním třídnických hodin; v neposlední řadě pak vyučováním samostatného předmětu výchova ke zdraví. Druhá kapitola popisuje jednotlivé druhy rizikového chování (s ohledem na výskyt u žáků na základních školách), jejich specifické znaky a projevy. V poslední teoretická kapitola se věnuje zážitkové pedagogice, jejím východiskům, základním principům a metodám. Dále představujeme vybrané zážitkové programy, které se využívají právě při prevenci rizikového chování ve vybraných vzdělávacích zařízeních. Cílem práce je zjistit, jaká je zkušenost metodiků prevence s využíváním metod zážitkové pedagogiky v prevenci rizikového chování. Tento cíl sledujeme v praktické části diplomové práce. Analyzujeme výstupy dotazníkového šetření, které proběhlo mezi metodiky prevence vybraných pražských škol. I zde se zaměřujeme především na využití metod zážitkové pedagogiky, které se používají na základních školách. Dále pak sledujeme realizaci třídnických hodin, jejich možné působení na prevenci rizikového chování a zda v nich učitelé uplatňují aktivity vedoucí k zážitku. Předmětem zkoumání je i vliv výuky samostatného vyučovacího předmětu „výchova ke zdraví“ na prevenci rizikového chování, opět se zřetelem na aplikování metod zážitkové pedagogiky. Všechny výsledky pak shrnujeme v podkapitole Závěry analýzy.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

prevence, rizikové chování, zážitek, zážitková pedagogika, základní škola

## **ABSTRACT**

The topic of this thesis is the use of experience in risky behaviour. The work is divided into four chapters. The first three chapters are theoretical. In the first chapter, we deal with preventive risk behaviour and related legislation, the role of prevention methodology and other workers, the status of the school prevention program together with the use of classroom hours; followed by teaching a separate subject of health education. The second chapter describes individual types of risky behaviour (regarding occurrence among pupils in elementary schools), their specific signs and manifestations. The last theoretical chapter deals with experiential pedagogy, its starting points, basic principles, and methods. We also present selected experiential programs that are used specifically for risky behaviour in selected educational facilities. The goal of the work is to find out what the experience of prevention methodology is with the use of experiential pedagogy methods in the prevention of risky behaviour. We pursue this goal in the practical part of the thesis. We analyse the results of a questionnaire survey that took place among the prevention methodology of selected Prague schools. Here we focus primarily on the use of experiential pedagogy methods that are taught in elementary schools. Next, we monitor the implementation of classroom lessons, their possible effect on the prevention of risky behaviour and whether the teachers implement activities leading to the experience. The subject of investigation is also the influence of the teaching of the independent teaching subject "health education" on the prevention of risky behaviour, again considering the use of experiential pedagogy methods. We then summarize all the results in the subsection "Conclusions of the analysis".

## **KEYWORDS**

prevention, risky behaviour, experience, experiential pedagogy, elementary school

## Obsah

Úvod .....	7
1 Prevence rizikového chování.....	8
1.1 Metodik prevence .....	14
1.2 Třídnické hodiny.....	15
1.3 Výchova ke zdraví .....	17
2 Rizikové chování .....	18
2.1 Agresivní, násilné chování a jeho projevy.....	19
2.2 Záškoláctví.....	29
2.3 Závislosti.....	31
2.4 Rizikové sporty, rizikové chování v dopravě a úrazy.....	37
2.5 Poruchy příjmu potravy .....	39
2.6 Negativní působení sekt.....	43
2.7 Sexuálně rizikové chování .....	45
3 Zážitková pedagogika.....	51
3.1 Hra jako metoda v zážitkové pedagogice .....	54
3.2 Role reflexe v zážitkovém učení.....	59
3.3 Zážitkové programy zaměřené na prevenci rizikového chování .....	61
4 Analýza dotazníkového šetření – využití zážitkové pedagogiky k prevenci rizikového chování na vybraných základních školách .....	63
4.1 Cíl a metodologie šetření .....	64
4.2 Interpretace dotazníkového šetření .....	65
4.3 Závěry analýzy.....	80
Závěr.....	82
Seznam použitých informačních zdrojů .....	84

Příloha – dotazník pro metodiky prevence .....	88
--	----

## Úvod

V současné době jsou dospívající žáci ohroženi rizikovým chováním více než kdy jindy. Během epidemie viru SARS-CoV-2 se školní docházka přemístila do virtuálního prostředí a možnost naplněně a efektivně trávit volný čas byla epidemiologickými opatřeními znemožněna. Byla zavřena sportoviště, zrušeny kulturní a vzdělávací akce, nešlo tudíž žít společenským životem. To mělo za následek další rozvoj rizikového chování ve společnosti. I když jsou tato opatření už delší dobu u konce, žáci jsou tímto stále velmi poznamenáni, obtížněji navozují sociální kontakty s vrstevníky, více využívají informační technologie a také se u nich začaly stále více objevovat psychické problémy. Ve své praxi třídního učitele se často s různými projevy rizikového chování setkávám, stejně tak s vyšší frekvencí řešíme spolupráci rodin s psychology či psychiatry. Především tyto faktory se staly zásadními předpoklady pro volbu tématu této práce. Chceme poukázat na roli školy i využití volného času při prevenci rizikového chování, stejně tak na účinnost, pokud se zvolené aktivity realizují prostřednictvím metod zážitkové pedagogiky. Nově zastávám pozici metodika prevence na základní škole, tudíž mám velkou motivaci v prohlubování znalostí a získávání podrobnějšího vhledu do problematiky prevence rizikového chování, aby se mi v praxi metodika prevence a třídního učitele dařila identifikace i méně nápadných znaků různých typů rizikového chování. Pestrá škála metod zážitkové pedagogiky, tu spatřuji jako stěžejní při realizaci jakýchkoli preventivních aktivit. Žáci ve třídách, kde je minimální výskyt rizikového chování, mají prokazatelně lepší šanci na efektivnější učení, získání důležitých znalostí, dovedností a kompetencí.

Tato práce je členěna do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje prevenci rizikového chování a legislativě, kterou se prevence řídí, dále kompetencemi metodika prevence, náležitostmi školního preventivního programu a dalšími nástroji prevence rizikového chování, kterými mohou být třídnické hodiny či výuka samostatného předmětu výchova ke zdraví. V druhé kapitole se věnujeme jednotlivým druhům rizikového chování podle aktuální vyhlášky Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy, jejich znakům, projevům a možným následkům ve třídních kolektivech. Ve třetí kapitole popisujeme principy zážitkové pedagogiky, z jakých teorií vychází, uvádíme příklady zážitkových programů, které se v současné době na základních školách realizují. Poslední část diplomové práce tvoří analýza dotazníkového šetření určená pro metodiky prevence na 50 základních školách. Stěžejním cílem bylo zjistit, jaká je zkušenost metodiků prevence s využíváním metod zážitkové pedagogiky v prevenci rizikového chování (s ohledem na výskyt konkrétního rizikového chování na jejich školách).

## 1 Prevence rizikového chování

V této kapitole se budeme věnovat předcházení rizikovému chování. Prevence rizikového chování zahrnuje veškeré aktivity směřující k předcházení výskytu rizikového chování, zamezení dalšího rozvoje, zmírnění již existujících projevů a řešení jejich důsledků (Titmanová, 2019).

Za posledních 20 let si vývoj prevence rizikového chování prošel velkou změnou. Prvním koncepčním materiálem, který odstartoval systematickosti v prevenci v České republice, byla vyhláška Ministerstva vnitra Strategie protidrogové politiky. V druhé polovině 90. let byla koordinační činnost přenesena na Meziresortní protidrogovou komisi. Zde byly na pedagogy vyvíjeny neadekvátní nároky, kdy byli zodpovědní za všechny oblasti prevence, které zahrnovaly i aktivity mimo vyučování. Tuto situaci změnilo přesunutí agendy na Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2004, kdy byly vytvořeny standardy prevence a byly zapojeny tyto instituce:

- Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT);
- organizace řízené MŠMT, kam patří Česká školní inspekce, Institut dětí a mládeže, Antidrogový výbor, Institut pedagogicko-psychologického poradenství;
- příslušný odbor krajského úřadu;
- pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, speciálně pedagogická centra;
- školy a školská zařízení.

Mimo to mají zásadní význam pro prevenci rizikového chování i nevládní organizace, jako je například DROP-IN, Proxima, Prev-centrum, Jules a Jim a jiné (Procházka, 2019).

Legislativně je prevence rizikového chování v České republice ošetřena pouze z části. Legislativa definuje povinnosti škol pro zajištění bezpečnosti žáků a vymezuje kompetence některých aktérů a speciální kvalifikační požadavky pro metodiky prevence. Základním dokumentem je zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon ukládá povinnost školám vytvářet podmínky pro zdravý vývoj studentů pro předejití vzniku rizikového chování a také upravuje práva a povinnosti pedagogických pracovníků. Prováděcím předpisem tohoto zákona je vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška vymezuje základy systému prevence na školách, kompetence metodiků prevence a ukládá školám povinnost

zpracovávat a uskutečňovat preventivní program školy i rozsah standartních činností školských poradenských zařízení. Vztah k primární prevenci žáků v oblasti sociálního znevýhodnění má vyhláška č. 27/2016 Sb., která se týká vzdělávání studentů se speciálními vzdělávacími potřebami nebo nadanými. K zájmovému vzdělávání je vztažná vyhláška č. 74/2005 Sb., která přímo stanovuje, že školská zařízení jsou povinna realizovat zájmové vzdělávání i formou, která vede k primární prevenci rizikového chování studentů. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, určuje pozici metodika prevence v pedagogicko-psychologických poradnách. Vyhláška č. 317/2005 Sb. stanovuje kvalifikační požadavky pro výkon školního metodika prevence; nařízení vlády č. 75/2005 Sb. definuje rozsah přímé výchovné, přímé vyučovací, přímé pedagogicko-psychologické a přímé speciálně pedagogické činnosti pedagogických pracovníků. Dalším relevantním legislativním dokumentem je zákon č. 109/2002 Sb., který upravuje oblast preventivně výchovné péče v zařízeních ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, zakazuje vstup a zdržování se osobě, která je zjevně pod vlivem návykové látky a je ve stavu, kdy ohrožuje sebe nebo jinou osobu, veřejný pořádek a majetek. Rovněž zakazuje konzumaci alkoholických nápojů a tabákových výrobků na půdě školy nebo školského zařízení. Dále se zabývá i testováním žáků na přítomnost návykových látek a stanovuje, že pedagogický pracovník není osobou pověřenou k testování žáků.

MŠMT dále vydává metodická doporučení, Národní strategie, Akční plány národní strategie primární prevence a jiné dokumenty. Tyto listiny mají šest strategických cílů:

- 1. vymezit a ustálit jednotnou terminologii, stabilizovat přístupy, metody a nástroje prevence;*
- 2. nastavit efektivní spolupráci všech subjektů účastnících se prevence;*
- 3. upravit a aktualizovat právní rámec prevence a kompetence aktérů;*
- 4. zkvalitnit a zefektivnit systém vzdělávání pedagogických pracovníků;*
- 5. zajistit stabilní financování;*
- 6. zajistit kvalitní poskytování preventivních programů na základě vědecky ověřených dat a faktů (MŠMT, 2019, str. 9).*

Prevence rizikového chování se podle této koncepce dělí do 3 stupňů:

- 1. primární – přecházení nějakému chování;*
- 2. sekundární – předcházení vzniku, rozvoje a přetrvávání nežádoucího chování;*

3. *terciální* – předcházení trvalému poškození plynoucí z nežádoucího chování. (Hutyrová & Růžička & Spěváček, 2013, str. 10).

Primární prevenci můžeme dále rozdělit do tří úrovní:

- a) *všeobecná* – zaměřená na běžnou populaci;
- b) *selektivní* – zaměřena na osoby s rizikovými faktory;
- c) *indikovaná* – zaměřena na jedince postižené určitým chováním (Hutyrová & Růžička, & Spěváček, 2013, str. 10).

Za efektivní primární prevenci je považováno kontinuálně a komplexně působit v rámci programu, vytváření příznivého klimatu ve třídě, rozvíjení sociálně emočních dovedností, odmítání návykových látek a zvyšování zdravého sebevědomí. Cílem preventivního programu je podpora a ochrana zdraví žáků spolu s předcházením výskytu rizikového chování (Titmanová, 2019). Efektivní prevence má tyto znaky:

- I. *systémovost*,
- II. *komplexnost*,
- III. *dynamičnost*,
- IV. *cyklicitu* (Procházka, 2019, str. 58).

Škola je v životě každého dítěte nesmírně důležitá. Jedná se o prostředí, kde probíhá sekundární socializace. Dítě zahájením školní docházky vstupuje do světa dospělých, má povinnosti, jsou na něj kladeny požadavky na výkon a je neustále hodnoceno. Rozvíjí si sociální dovednosti a buduje sociální vztahy. Proto by nemělo dítě brát školu jako místo, kde se cítí nepříjemně (Valentová, 2013A).

Procházka (2019, str. 49) popisuje typy aktivit v rámci prevence na škole, které shrnujeme v následujících bodech:

- A. *výchovné aktivity* – kam autor řadí třídnické hodiny, komunitní kruhy a peer programy, práci s třídními pravidly i výchovné využívání volného času;
- B. *vzdělávací akce* – semináře, přednášky, workshopy a výukové projekty i aktivity v rámci předmětů školního vzdělávacího programu;
- C. *zdravotní prevence* – podpora resilience (psychická odolnost jedince), projekty zdravé školy, vyučování předmětu výchova ke zdraví, zvyšování zdravotní kondice žáků a posilování prvků zdravého denního režimu ve škole;

D. *sociálně integrující aktivity* – zde se uplatňují adaptační kurzy, teambuildingové aktivity v rámci třídních kolektivů, podpora pozitivního třídního klimatu, školní slavnosti či rituály.

Za neúčinnou primární prevenci jsou považovány tyto aktivity:

1. triviální přístup a zastrasování;
2. pouhé předávání informací, přednášky, pouhé sledování filmů;
3. besedy s bývalými uživateli;
4. samostatně realizované jednodenní akce;
5. nezapojení žáků do aktivit a nerespektování jejich názorů;
6. politika nulové tolerance ve škole a testování žáků jako náhrada za kontinuální prevenci;
7. potlačování diskuse (MŠMT, 2010A).

V současné době musí každá základní i střední škola realizovat preventivní program. Preventivně výchovné působení je tak neoddelitelnou součástí výuky a života školy. Čím více je program integrován do chodu školy, tím více je účinnější. Žáci si tak za dobu školní docházky hluboce osvojí klíčové kompetence, postoje a hodnoty zdravého životního stylu. Proto je nutné všechny učitele v oblasti prevence vzdělávat. Komplexní změna je tak cílem každého preventivního programu, dochází pak k celkové proměně klimatu školy. Preventivní program podporuje:

- zdravý životní styl;
- pozitivní nakládání s volným časem;
- posilování komunikačních dovedností;
- zvyšování sociální kompetence žáků;
- pozitivní klima školy;
- formování postojů ke společensky akceptovaným hodnotám (Procházka, 2019).

Při realizaci preventivních programů existuje velké množství cest, jak dosáhnout vytyčených cílů. Pedagog tyto cesty kombinuje a tvoří si vlastní metody. Ty podřizuje psychologickým potřebám, zájmům a hodnotám svých žáků. Obecně rozlišujeme tyto metody:

- *slovní* – vyprávění, vysvětlování (samostatně se nedoporučuje);
- *slovní dialogické* – rozhovor, práce s textem, peer programy;
- *aktivizační* – diskuse, řešení problému, vyhledávání informací;
- *komplexní* – brainstorming, využití mobilních technologií (Titmanová, 2019, str. 13).

Minimální preventivní program byl ustanoven jako povinný dokument v roce 2000. Byl nastaven jako komplexní systémový nástroj k realizaci preventivních strategií na středních, základních a speciálních školách, školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. V současnosti se označuje jako preventivní program školy, jeho realizace je povinná a podléhá kontrole České školní inspekci. Tento dokument je zaměřený na:

- a) osobnostní a sociální výchovu;
- b) výchovu ke zdravému životnímu stylu;
- c) sociálně komunikativní dovednosti;
- d) intervenci.

Preventivní program zahrnuje nejen složku výchovnou, ale i složku vzdělávací, a to během celého školního roku. Pozitivně ovlivňuje školní klima, vede ke změně ve všech oblastech, k motivaci pedagogických pracovníků, žáků, mění organizační i vyučovací metody. Na přípravě tohoto programu se podílí nejen metodik prevence a ředitel školy, ale jde o kompetenci všech třídních učitelů (Procházka, 2019).

K dalším nezbytným dokumentům ve škole patří Školní preventivní strategie, kterou lze považovat za dlouhodobý preventivní program. Je součástí školního vzdělávacího programu, vychází z omezených zdrojů školy a zaměřuje se na co nejvyšší efektivitu. Definiuje dlouhodobé i krátkodobé cíle, je naplánována pro jejich řádné naplnění. Má za úkol oddálit, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí žáků. Dále pomáhá žákům pocházejícím z ohrožených skupin zajišťovat jejich lidská práva a povinnosti, zároveň podporuje zdravý životní styl i duševní zdraví (MŠMT, 2010A).

Součástí preventivních opatření ve škole je vytváření třídních pravidel. Stanovení pravidel a jejich dodržování je vnímáno jako účinná zbraň proti nekázní. Tato pravidla dělíme na pravidla provozní a pravidla soužití. V provozních pravidlech nalezneme návod, jak řešit situace spojené s rizikovým chováním. Pravidla soužití vycházejí z etických zásad respektu, empatie, úcty a tolerance. Pravidla musí být adresná a týkat se každé třídy. Vznikají tedy pro třídu, se třídou, ve třídě. Při stanovení pravidel je nutné dodržet tyto zásady:

1. množství pravidel nemůže být velké;
2. na jejich tvorbě se podílí všichni členové třídy a platí pro všechny;

3. vznikají jako dohoda o podobě požadavků učitele na žáky a požadavků žáků na učitele;
4. pravidla musí být připomínána;
5. formulace pravidel musí být pozitivní, vyhýbá se příkazům a zákazům (Procházka, 2019).

Nedílnou oblastí prevence rizikového chování ve škole je navázání spolupráce a vytvoření systému komunikace s rodiči. Rodina je prvotní prostředí pro dítě, které rozhoduje o jeho modelu chování, dítě zde přijímá kulturní i sociální poznatky a poté (společně se školou) je směřováno ke svému samostatnému životu (Pešatová, 2007).

## 1.1 Metodik prevence

Minimálním preventivním programem se zabývá školní metodik prevence. Jedná se o určeného zaměstnance školy, kdy jeho standardní činnost je vymezena vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Vyhláška jeho povinnosti klasifikuje do tří oblastí:

- ✓ *koordinální a metodické činnosti;*
- ✓ *poradenské činnosti;*
- ✓ *informační činnosti* (Procházka, 2019, str. 74).

Funkce metodika prevence se v českých školách objevila v druhé polovině 90. století. Nejprve měl funkci protidrogového preventisty, kdy tento post vykonával nejčastěji výchovný poradce, ale od roku 2000 se oblast jeho činnosti rozšířila o okruh sociálně patologických jevů, a tak se tato funkce od výchovného poradenství oddělila (Knotová, 2014).

Základní povinností metodika prevence je příprava, zavádění a inovace Preventivního programu a zpracovávání podkladů o jeho realizaci. Dále odborně pomáhá kolegům zavádět aktivity k prevenci rizikového chování. Ve škole sleduje projevy rizikového chování a navrhuje cílená opatření k vzniklým situacím. Také spolupracuje s metodikem prevence pedagogicko-psychologické poradny nebo i s dalšími zařízeními na základě pověření ředitele (Procházka, 2019).

Školní metodik prevence se podílí na záchytu žáků nebo tříd s projevy rizikového chování a v případě potíží se ve spolupráci s rodiči, třídními učiteli, školním psychologem, speciálním pedagogem a vedením školy obrací na organizace a zařízení, která mohou žákům pomoci. V situaci, kdy dojde k takovému rozvoji rizikového chování, že škola nemá dostatečné kompetence daný problém řešit, doporučuje rodičům návštěvu dítěte ve středisku výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradně nebo objednání u klinického psychologa, psychoterapeuta nebo pedopsychiatra. Jestliže vše nasvědčuje tomu, že žák je týraný rodinou, dochází k záškoláctví nebo užívá návykové látky, je škola povinna tyto skutečnosti oznámit orgánu sociálně-právní ochrany dětí obecního úřadu obce s rozšířenou působností (OSPOD) (Valentová, 2013B).

Nezbytným předpokladem pro výkon školního metodika prevence je kvalifikační studium, které zahrnuje 250 hodin přímé i nepřímé výuky včetně stáží a je ukončeno obhajobou písemné práce a závěrečnou zkouškou (MŠMT, 2010A).

## 1.2 Třídnické hodiny

Žák plní svou školní docházku ve školní třídě. Školní třída je malou sociální skupinou, kterou tvoří určitý počet jedinců přibližně stejného věku, kde společně vykonávají činnosti vedoucí ke společným cílům. Jedná se o skupinu, do které je žák v podstatě trvale začleněn. Formují se zde první sociální zkušenosti, rozvíjí se sociální dovednosti žáka, které pak aplikuje v budoucím životě, a také jeho osobnost (Gillnerová & Krejčová, 2012).

V každé třídě se postupně vytváří neformální pravidla pro soužití žáků. Tato pravidla však nemusí být v souladu se školním řádem. Proto je důležité společně formulovat obecná pravidla chování. Míra řízení této aktivity učitelem závisí na sociální a intelektuální vyspělosti a věkových zvláštnostech žáků. Konečné znění předkládají samotní žáci, což vede k intenzivnějšímu dodržování pravidel (Valentová, 2013B).

Třídnické hodiny jsou efektivní možností pro realizaci preventivních aktivit s třídním kolektivem. Jsou místem pro intervenci do vztahů mezi spolužáky a také prostorem pro sebezprezentaci a seberealizaci žáků. Ředitel školy má možnost dle Rámcového vzdělávacího programu tyto hodiny zřídit 2 způsoby:

- I. začlenit třídnické hodiny do rozvrhu z disponibilních hodin;
- II. třídnická hodina je začleněna nahodile, není považována za přímou pedagogickou činnost.

Při plánování třídnické hodiny musí učitel splnit tři zásady:

- a) *žáci jsou motivováni způsobem práce, učitel jen usměřňuje;*
- b) *žáci pracují se zážitkem;*
- c) *žáci samostatně řeší problémy a komunikují o nich* (Procházka, 2019, str. 90).

Struktura třídnické hodiny podle Titmanové (2019, str. 120):

1. *shrnutí, co se dělo na předchozím setkání;*
2. *nástin, co se bude dít na aktuálním setkání;*
3. *aktivizační technika;*
4. *hlavní technika na dané téma;*
5. *prostor pro zpětnou vazbu, reflexi.*

Pro efektivní vedení třídnických hodin musí být žáci seznámeni s jejich funkcí a významem. Učitel přibližuje žákům program i nové způsoby práce a pokud je to možné, realizuje tyto hodiny i v jiných prostorech, než je kmenová třída. Volba témat závisí na dynamice třídy

a aktuálních problémech (Valentová, 2013B). Tyto hodiny jsou prostředkem pro pravidelné posilování soudržnosti třídy a rozvoj sociálních dovedností žáků. Efektivně využitá a pravidelně konaná třídnická hodina představuje nejúčinnější prevenci před výskytem negativních vztahů mezi spolužáky či jiných druhů rizikového chování. Kromě výchovné činnosti by se o třídnických hodinách měly řešit záležitosti, které souvisí s životem třídy, jako je například vánoční besídka, školní výlet anebo výzdoba třídy (Gillnerová & Krejčová, 2012). Tyto hodiny vede třídní učitel, který má za povinnost spolupracovat s metodikem prevence při realizaci preventivního programu a pedagogické diagnostice vztahů ve třídě. Dále je garantem spolupráce školy s rodiči žáků a udržuje si přehled o rodinném zázemí žáků a jejich osobnostních zvláštностech (MŠMT, 2010A).

### 1.3 Výchova ke zdraví

Po zavedení desetileté školní docházky roku 1978 byla v rámci pracovních činností zařazena do osnov specifická příprava dívek a povinné kurzy výchovy k rodičovství. Dále byla zařazena výuka branné výchovy. V roce 1990 došlo k dalším změnám školského systému, kdy byl zaveden předmět rodinná výchova. Z tohoto předmětu se v rámci kurikulární reformy v roce 2004 zrodil nový předmět, a to výchova ke zdraví (Kovaříková & Marádová, 2020).

Zdraví je jedna z nejvýznamnější hodnot každého z nás. Jsme-li zdraví, můžeme uskutečňovat svá přání, pracovat a plnit své životní plány. Proto výchova ke zdraví patří mezi priority základního vzdělávání, která se promítá do chodu celé školy (Machová & Kubátová, 2015).

Výchova ke zdraví má za cíl podnítit jednotlivce k péči o své zdraví tím, že poskytne znalosti a bude podporovat jeho sebevědomí a samostatnost (Čeledová & Čvela, 2010). Posílení jednotlivce a následně celé komunity má za následek celkové zlepšení zdraví obyvatelstva (Janečková & Hnilicová, 2009).

Vzdělávací obsah tohoto předmětu je úzce spjat s průřezovými tématy. Nejvíce se opírá o „osobnostní a sociální výchovu“, která je založena na osobnostním, sociálním a mravním rozvoji žáků. Zde žáci získávají nástroje, jak zvládat stresové situace, řešit problémy v mezilidských vztazích, především pak řešit konflikty a vyvarovat se rizikovým způsobům chování. Druhým důležitým tématem je „environmentální výchova“, která žákům umožňuje chápat postavení lidské populace v přírodě a její vliv na zdraví lidí. Neméně podstatným tématem je „výchova demokratického občana“, která vede žáky k vědomí práv a povinností, respektu k ostatním lidem a rozvoji odpovědnosti. Dalším průřezovým tématem je „mediální výchova“, která pomáhá žákům orientovat se ve světě médií. Pomáhá jim rozklíčovat typy sdělení a posoudit jejich věrohodnost (Kovaříková & Marádová, 2020).

Při plánování vzdělávacího obsahu výchovy ke zdraví musí učitel zajistit tři důležité podmínky:

1. zajistit kontinuální působení na žáky;
2. respektovat vývojové potřeby žáků spirálovitým uspořádáním;
3. zohlednit aktuální potřeby a individuální zájmy žáků (Kovaříková & Marádová, 2020).

## 2 Rizikové chování

Postoj dospívajících k sobě samým a zdravému životnímu stylu je odlišný od dospělých. Není zcela věcí rozumové volby, ale jedinec v tomto věku často podvědomě dává přednost rizikovému chování, jež řeší jeho akutní problémy, jako je nízká sebedůvěra nebo malá oblíbenost v kolektivu. Ty se zdají pro něj důležitější než budoucnost, a tak je složité tento postoj měnit. Při řešení určitých rizikových situací s dospívající je nutný individuální přístup a hledání osobní i vývojové příčiny rizikového chování (Machová & Kubátová, 2015).

Rizikové chování je takové chování, při němž dochází k nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a jiných rizik pro jedince a společnost. Dříve s toto chování označovalo pojmem sociálně patologické chování. Jde o pojem sociologický a postihuje fatální jevy ve společnosti (alkoholismus, krádeže, vraždy apod.). Rizikové chování je tedy pojmem nadřazeným (MŠMT, Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019 - 2027, 2019). V současné době se toto chování rozděluje do sedmi oblastí:

1. *agrese, šikana, násilí, rizikové formy komunikace prostřednictvím médií, vandalismus, krádeže, intolerance, extremismus, antisemitismus, rasismus, xenofobie a homofobie;*
2. *záškoláctví;*
3. *závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling;*
4. *rizikové sporty, rizikové chování v dopravě, úrazy;*
5. *spektrum poruch příjmu potravy;*
6. *negativní působení sekt;*
7. *sexuálně rizikové chování (MŠMT, 2010A, str. 1).*

Rizikové faktory pro vznik syndromu rizikového chování lze nalézt již v dětství. Mohou být na straně rodiny ve formě krizových situací, zanedbávání, onemocnění rodičů nebo zneužívání dítěte. V dospívání se jedinci mohou potýkat s problémy se sebevědomím, prvními láskami, strachem z budoucnosti či neplánovaným rodičovstvím. Společnost také může negativně působit na dospívajícího jedince, například extremistickými náladami, špatnou ekonomickou situací, přílišnou urbanizací a oslabením pozice rodiny, což lze pozorovat v posledních desítkách let. Celkově existuje velké množství rizikových faktorů působících na každého z nás. Mezi nejdůležitější ochranné faktory jistě patří udržování dobrých vztahů v rodině, zdravý vývoj v dětství a schopnost komunikace a vzájemné podpory mezi dospívajícím a dospělým. Společnost musí také dát dospívajícímu naději na dobrou budoucnost z hlediska práce a sociálního zabezpečení (Machová & Kubátová, 2015).

## 2.1 Agresivní, násilné chování a jeho projevy

Agresivní chování je přirozenou součástí každého člověka, které vede k uspokojování potřeb a k dosažení cílů. Agrese je záměrné ubližování a způsobování negativních důsledků druhé osobě, které má cílevědomý charakter. Toto chování může mít různou podobu a různé příčiny. Z hlediska formy dělíme agresi na fyzickou a verbální, dále na přímou a nepřímou. Podle povahy rozdělujeme afektivní a instrumentální agresi. První typ má reaktivní charakter – zlostný, impulsivní. Jedinec afektivně reaguje na nějaký podnět, který v něm vyvolává silnou zlost a impulsivní reakci, má za cíl zranit. U druhého typu není cílem zranit, ale dosáhnout jiných cílů. S instrumentální agresi se můžeme setkat například ve sportu, kdy hráč ve snaze zvítězit neváhá zranit spoluhráče. Protože toto rozdělení nestačí, byl přidán třetí typ, a tím je tyranizování, obtěžování a šikanování. Je to chování, jehož cílem je ubližování, ale také může být i prostředkem dosažení jiných cílů, jako jsou peníze nebo sexuální služby. Typickým znakem této podoby agrese je nerovnoměrné rozložení síly mezi tyranizátorem a jeho obětí (Výrost & Slaměník, 2008). Agresor je závislý na oběti, protože mu ubližování činí uspokojení, a naopak oběť se k agresorovi upíná. Tato závislost vede ke stupňování brutality, přijetí role oběti a prolomení obrany proti jakékoliv formě bolesti (Kolář, 1997).

Šikanování se bohužel může vyskytovat všude, kde je nějaký kolektiv. Může začít ve školkách, školách, v rodinách, rozvinout se při sportu, v zaměstnání nebo manželství, dokonce se lze s šikanou setkat v nemocnicích nebo v domovech pro seniory. Šikana bývá často zaměňována se škádlením. Pro osobu, která je neznalá vztahy v konkrétním kolektivu, je odlišení obtížné. Jestliže se jedná o škádlení, musí toto chování brát jako legraci obě strany. V případě, že to iniciátor přežene, měl by se dotyčnému omluvit a toto chování už neopakovat. Stává se ale, že v něm najde potěšení a toto chování stupňuje. V případě, že se oběť nemůže bránit, stává se toto chování šikanou (Kolář, 2011).

Dalším možným projevem agrese je hostilita. Tímto chování označujeme komplexní negativní vztah k ostatním lidem. Mezi hostilní projevy řadíme přání nemoci, neúspěchu nebo negativní vyjadřování o druhé osobě.

Agresivní chování se podle Titmanové (2019, str. 41) projevuje následovně:

1. *verbálně aktivně přímo (vyhrožování);*
2. *verbálně aktivně nepřímo (šíření pomluv);*
3. *verbálně pasivně přímo (ignorování druhého);*
4. *verbálně pasivně nepřímo (nezabránění šíření pomluv);*

5. *fyzicky aktivně přímo (násilí);*
6. *fyzicky aktivně nepřímo (poškození cizího majetku);*
7. *fyzicky pasivně přímo (úmyslně zpomalený výkon);*
8. *fyzicky pasivně nepřímo (snaha o zpomalení cizího výkonu).*

Titmanová (2019) dále uvádí stupně negativního agresivního jednání. Prvním stupněm je chování disociální. To charakterizuje dětský vzdor, drobné přestupky vůči normám anebo lhavost. V druhém stupni asociálnímu chování se už dostáváme mezi závažnější odchylky od etických, sociálních a pedagogických norem, které ještě nemají ráz trestné činnosti. To představuje záškoláctví, závislosti nebo prostituce. Chování, které zahrnuje veškerou trestnou činnost, označujeme termínem antisociální (Titmanová, 2019).

Narušené vztahy v třídním kolektivu patří mezi časté jevy, se kterými se učitel setkává. Toto jde velmi dobře ovlivnit primární prevencí, protože se odehrává právě ve škole. Šikana ve škole má dvě základní podoby. Přímá má podobu fyzickou (dochází k bití, plivání), verbální (doprovázena nadávkami, příkazy a výhrůzkami) anebo neverbální, při níž se setkáváme s urážlivými gesty nebo ničením věcí oběti. Nepřímou šikanu útočník provádí tak, aby nebylo poznat, že má záměr ublížit oběti. Je nefyzická, může mít podobu v záměrné ignoraci, rozšiřování pomluv nebo izolaci šikanovaného. Další formou přímé a nepřímé šikany bývá v školních kolektivech kyberšikana. Ta bývá realizována zakládáním falešných profilů nebo skupin mířených na jméno žáka s ponižujícím obsahem, zraňujícími fotomontážemi a videi. Dále může oběť dostávat výhrůžné zprávy, telefonáty, emaily. Hlavní rozdíl mezi běžnou šikanou a kyberšikanou spočívá v tom, že útočník je zcela anonymní, může měnit identitu a oběť se před touto osobou neschová. Probíhá také před větším publikem, má na šikanovaného daleko větší dosah (Titmanová, 2019).

Šikana jedince ve skupině svědčí o selhání autority učitele nebo vychovatele. Autorita je nahrazena svévolí násilníka. Na šikanování se podílí také přihlížející skupina, která k tomuto chování přihlíží, nijak nebrání oběť nebo šikanu mlčky schvaluje (Vališová & Kasíková, 2011). Učitel by měl zpozornět na možnost skryté šikany, jestliže má ve třídě jedince, který (Vágnerová & Bajerová, 2009):

- a) o přestávkách se vyhýbá toaletám nebo šatnám, chodí při výuce,
- b) chybí mu svačiny, pomůcky,
- c) nechodí na obědy,
- d) straní se kolektivu,
- e) má časté absence,

- f) necvičí při tělesné výchově,
- g) při zkoušení často odpovídá „nevím“,
- h) při skupinových aktivitách bývá volen do týmu jako poslední,
- i) mezi hodinami vyhledává společnost učitelů.

Příčinou šikany je jakákoliv odlišnost nebo nerovnováha žáka. Může jít o fyzické zdatnosti, vzhled, také o etnikum nebo sexuální orientaci. Dále bývají ohroženi šikanou jedinci se sníženými rozumovými schopnostmi nebo naopak nadaní a také jedinci s odlišným ekonomickým statutem. Agresor má fyzickou převahu, je atraktivní a verbálně velmi zdatný, často bývá oblíbený u učitelů. (Titmanová, 2019).

S šikanou se v českých školách během procesu vzdělávání potká většina žáků. Nejčastěji se nejedná o přímé formy násilí, ale bývá nenápadná a skrytá, a tak ji lze obtížně zjistit a vyšetřit (Titmanová, 2019). Šikana je onemocněním celé skupiny, vzniká pouze v nezdravých třídních kolektivech, vyvíjí se. Kolář (2011) ji dělí do pěti stádií:

1. Zrod ostrakismu = jedná se o mírné, většinou psychické formy násilí prováděné na jedinci, který stojí na okraji kolektivu. Je neoblíbený, pomlouváný, často bývá terčem vtipů.
2. Fyzická agrese = v zátěžových situacích si ostatní na oběti vybíjejí zlost. Začíná se objevovat fyzická agrese.
3. Klíčový moment = vytváří se pevné jádro agresorů, kteří začnou spolupracovat a systematicky šikanovat vhodné oběti.
4. Přijetí norem většinou = málokdo se šikaně postaví; většina se přidává k agresorům a krutě se chová k obětem.
5. Totalita = třída je rozdělena na otrokáře a otroky.

V léčbě šikany musíme přihlídnout k tomu, v jakém stádiu se nachází. První dvě stádia lze řešit programy osobnostně-sociální výchovy. V třetím stádiu je nutné mít odborný plán pro řešení šikany, poslední dvě stádia lze řešit pouze rozbitím kolektivu a následnou léčbou aktérů (Kolář, 2011).

S agresí se nemusíme potkat jen v pracovních nebo školních kolektivech. I na internetu se setkáme s několika formami agrese. Jednou z nich je kyberšikana, která je formou psychické šikany využívající informačních a komunikačních technologií. Ta má několik projevů:

- pomluvy,
- zastrašování,

- šíření ponižujících fotografií,
- vydírání,
- urážení,
- zesměšňování (Bělohlová, 2020).

Rozdíl mezi kyberšikanou a šikanou spočívá v tom, že agresor je zcela anonymní. Dále počet přihlížejících osob není omezen jen na kolektiv ve skupině, ale v podstatě neomezený. Kompromitující materiál lze neomezeně šířit, a tak má obrovský dosah. U šikany si učitel nebo rodič nějakých fyzických zranění naopak u kyberšikany tyto znaky chybí. Anonymita internetu maže rozdíly mezi lidmi, a tak se často stává, že agresori kyberšikany bývají oběti klasické šikany (Titmanová, 2019).

Další formou agrese na internetu je kybergrooming. Tento pojem označuje nebezpečnou internetovou manipulaci, v níž agresor usiluje o osobní schůzku s nezletilou obětí. Ten s ní komunikuje pomocí internetu a mobilních telefonů. Útočník má vytvořenou falešnou identitu, kterou nelze ověřit. Kybergrooming probíhá v několika fázích:

1. *vzbuzení důvěry;*
2. *izolace oběti;*
3. *uplácení dárky nebo službami;*
4. *vyvolání závislosti oběti na útočnickovi;*
5. *osobní setkání;*
6. *sexuální obtěžování* (Bělohlová, str. 35).

Třetí formou agrese na internetu je kyberstalking, jenž se projevuje nebezpečným pronásledováním osoby. Tato agrese je opakovaná, stupňovaná a má tyto projevy:

- trvalé obtěžování,
- ukazování moci a síly stalkera,
- snaha poškodit oběť (Bělohlová, 2020).

Hlavními motivy stalkera bývají reakce na odmítnutí. Pachatel tak hledá intimitu, blízkost za každou cenu s vidinou usmíření s obětí anebo vykonáním msty. Stalking je od roku 2010 veden jako trestný čin (Titmanová, 2019).

Poslední formou agrese na internetu je sexting. Tento pojem označuje chování projevující se sdílením fotografií, zpráv nebo videí se sexuálním obsahem. Nejčastěji se jedná o fotky dospívajících v plavkách nebo ve spodním prádle (Bělohlová, 2020).

Podle Titmanové (2019) vyplývá z výzkumu, že 78 % agresorů je ze stejné školy jako oběť. Oběť řeší kyberšikanu z 39 % výměnou telefonního čísla, změnou profilu, 34 % dětí útočnicka kontaktuje s vidinou domluvy, 35 % dětí to řekne rodičům, 23 % dětí útočí zpět na agresora a pouze do 13 % případů je zapojena škola.

Útok zbraní ve škole je opravdu extrémním projevem agrese. Slýcháme o nich zejména ze zpráv ze zahraničí, ale byla by chyba se domnívat, že se pedagog nemůže s tímto fenoménem setkat. Útok aktivního střelce se označuje termínem AMOK. Jedná se o specifický typ útoku, kdy útočí zejména jednotlivci. Jejich cílem je bez jakékoli logiky výběru oběti vyvraždit v co nejkratším čase co nejvíce lidí. Proto si záměrně vybírají místa, kde je vysoká koncentrace osob (obchodní centra, dopravní terminály, školy atp.). Školy tvoří jednu třetinu případů. K útoku využívají střelné nebo bodné zbraně, výbušniny, dokonce i vozidla. Neberou rukojmí a ani nevyjednávají. Tento typ agrese má tedy společné jisté znaky s teroristickým útokem (Kovaříková, 2020).

Kovaříková (2020, str. 75-76) dále uvádí nejznámější útoky aktivních střelců v ČR:

- 1973 – žena úmyslně najela na tramvajovou zastávku, kde čekali lidé na tramvaj;
- 2005 – muž náhodně střílel do lidí v lese, dokonce plánoval útok v metru;
- 2009 – student plánoval bombový útok ve škole, který chtěl natáčet;
- 2014 – žena útočila armádním nožem na střední škole;
- 2015 – muž střílel v restauraci, poté spáchal sebevraždu.

Neexistuje typický pachatel nebo typický motiv útoku. Při výskytu na střední škole se jedná většinou o absolventy nebo vyloučené studenty. V případě útoku na základní škole většinou útočnick nemá ke škole žádný vztah. U pachatelů lze doložit rizikové prvky, avšak neznamenají, že pokud se více rizikových faktorů vyskytne, identifikaci s daným jevem. Každopádně tyto faktory vyžadují spolupráci s poradenským zařízením:

- *obdiv ke zbraním;*
- *paralelní život;*
- *přestupky;*
- *záliba v morbidních věcech;*
- *osamělost, zvláštnost;*
- *projevování nenávisti ve svém deníku;*
- *mluvení o svých úmyslech, nebezpečné komentáře;*
- *obviňování okolí za své neúspěchy* (Kovaříková, 2020, str. 76-77).

Po útoku je nutné vyhledat pro postiženou skupinu psychologickou pomoc a policejní intervenci. Dále je nutné o vzniklé situaci hovořit, nesmí se zlehčovat ani dramatizovat. Naopak se nedoporučuje budovat pomníčky připomínající událost (Kovaříková, 2020).

Pro prevenci je nutné zvyšovat bezpečnostní povědomí žáků, učitelů i rodičů v rámci Dnů bezpečnosti ve spolupráci se složkami integrovaného zdravotního systému. Dále škola musí mít vypracované krizové plány a pro ochranu všech ve škole zavedený bezpečnostní režim (hlídání vstupů, označení místností a pater). V neposlední řadě je nutné pracovat na pozitivních vztazích ve škole a etické i mediální výchově žáků (Kovaříková, 2020).

V současné době není škola etnicky stejnorodé prostředí. Vstup dítěte cizince do školy je pro dítě náročným úkolem. Je to situace, kdy neumí jazyk, neorientuje se v kulturních normách, využívá své původní normy, což může většinová společnost hodnotit negativně. Dále se děti musí potýkat s předsudky lidí a různými formami agrese, což úspěšnou socializaci hatí. Tyto děti zažívají kulturní šok. V novém prostředí si připadají zmateně a prožívají depresi. S tím souvisí vyšší výskyt psychosomatických problémů, nemocnosti, dokonce i poruch příjmu potravy (Valentová, 2013A).

Projevy extremismu jsou dalším typem agresivního rizikového chování, své zastoupení má zde rasismus a xenofobie. Jde o termín označující jednání nebo ideologii, jež je postavená mimo střední proud společnosti a je jí připisováno neuznávání základních právních, společenských a etických pravidel, často ve spojení s agresivitou motivovanou nenávistí (rasovou, náboženskou nebo národností). Extremisté věří ve svou pravdu a jsou schopni si ji prosadit i prostředky stojícími mimo zákon (Titmanová, 2019).

Extremistické skupiny můžeme rozeznat pomocí symboliky. Pravicový extremismus nadřazující vlastní národ, jenž určuje hodnotu člověka, se vyznačuje symboly nacistického Německa, runovým písmem, keltským křížem nebo čísly 18 (*Adolf Hitler*), C18 (teroristická organizace) a 88 (*Heil Hitler*). Levicový extremismus je založen na principu rovnosti a osvobození od vlivů kapitalistické společnosti. Nejčastěji nese červené a černé barvy, číslo 161 (Antifašistická akce) a komunistické symboly (Titmanová, 2019).

Xenofobie je rovněž extremistickým projevem vyznačující se strachem ze všeho cizího. Je to základ všech nenávistných projevů od rasismu, fašismu až po antisemitismus. Xenofobie vzrůstá za přítomnosti sociálního napětí ve společnosti, jako je například ekonomická krize (Geist, 1992). Rasismus je extremistickým xenofobním projevem, který překračuje pouhé vnímání rasových odlišností, a vytváří tak nepřátelské aktivity vůči příslušníkům jiné rasy. Ty

se projevují diskriminačním chováním a agresivitou verbální i fyzickou. Rasy jsou velké skupiny lidí s dědičnými charakteristickými vlastnostmi, které se vytvořily vlivem přírodního prostředí (Průcha, 2011).

Základem pro prevenci extremismu je práce se stereotypy – žáci se musí zamyslet, jak stereotypy vznikají a musí umět si vytvořit vlastní postoj a názor (Titmanová, 2019).

Různé formy agrese, jako je týrání, zneužívání a zanedbávání se označují pod souhrnnou zkratkou CAN (z angličtiny – Child Abuse and Neglect). Většinou se týká dětí, ale ohroženy mohou být i jiné skupiny lidí, například invalidé, ženy nebo staří lidé. U dětí a dospívajících hrozí vznik poruch chování, jež si berou do pozdějšího dospělého života (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Titmanová (2019, str. 98) uvádí sedm základních forem tohoto syndromu:

1. *fyzické týrání,*
2. *psychické týrání,*
3. *sexuální zneužívání*
4. *zanedbávání či opuštění dítěte,*
5. *systémové týrání,*
6. *sekundární viktimizace a*
7. *Münchhausenův syndrom v zastoupení.*

Tělesné týrání komise Rady Evropy definuje jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Docházelo k němu odedávna a fyzické tresty se považovaly za oprávněný výchovný prostředek – zejména ve starověkém Římě měl otec právo nakládat s dítětem podle své libosti, a dokonce jej hned po narození zabít. To se změnilo s příchodem křesťanství, kdy se lidé začali řídit příkázáním „Nezabiješ!“ Až na přelomu 19. a 20. století byly zavedeny zákony na ochranu dítěte. Tělesné týrání zanechává následky a zvyšuje úzkostlivost, agresivitu i pravděpodobnost, že dotyčný bude stejný vzorec chování opakovat i na svých dětech (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Týrání může probíhat i bez tělesných trestů a může být zaměřeno na emoce a psychiku, říkáme mu pak psychické. Jako takové pak vede k vážnému narušení psychického vývoje, jehož následkem vznikají přetrvávající pocity úzkosti, deprese a disociálních prožitků. Psychické týrání má pět variant:

- a) *pohrdání,*
- b) *izolování,*

- c) *korumpování (navádění k antisociálnímu chování, k užívání návykových látek),*
- d) *terorizování a*
- e) *odepírání emoční podpory* (Langmeier, & Krejčířová, 2006, str. 283).

Zneužívání obecně znamená případy, kdy člověk využívá druhého člověka ke svému vlastnímu prospěchu. U dětí může jít o zneužívání k práci, která je nepřiměřená jejich věku. Tím se začali vědci zabývat během průmyslové revoluce, kdy byly děti využívány k těžké mnohahodinové práci v dolech, továrnách a na polích. Proti tomuto zacházení se zvedl odpor a byly přijímány první zákony na jejich ochranu. I přes všechna tato opatření je však dětská práce stále využívaná (Langmeier & Krejčířová, 2006)..

Nebezpečnou formou zneužívání je zneužívání sexuální. Tento jev se vymezuje jako nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti anebo chování. To může mít formu dotykovou, kdy dojde k pohlavnímu styku orálnímu nebo k análnímu sexu, nebo formu bezdotykovou, kdy pachatel přihlíží k sexuálním aktivitám nebo pornografickým záznamům. V některých kulturách je tento jev stále podporován. Toto chování má za následek vážné a trvalé následky na psychickém vývoji, avšak závisí také na hodnotách společnosti. Osobou, která se tohoto jednání dopouští, bývá jedinec s větší autoritou, silou a mocí (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Na pomezí fyzického týrání a sexuálního zneužívání stojí výkony prováděné na genitálu dětí jako součást náboženského rituálu. Nejčastější je mužská obřízka, kterou nařizuje Starý zákon. Ten uvádí, že jedinec, který bude obřezaný v osmi dnech, zapadne do společnosti. Závažnější a nebezpečnější jsou rituály prováděné na dívkách. Ty jsou vystaveny obřízce pohlavního orgánu jako součást iniciačního rituálu do společnosti dospělých a provádí se u mnoha nerozvinutých kultur za často nevyhovujících hygienických podmínek, jež mohou vést až k úmrtí dívky (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Zanedbávání odborná veřejnost popisuje jako vážné opomíjení rodičovské péče, která je nezbytná pro duševní a tělesný vývoj dítěte. Jedná se o nejrozšířenější typ špatného zacházení s dítětem. Může mít formu fyzickou, kdy má dítě nedostatek přiměřené výživy, hygieny, oblečení, ale i ochrany před nebezpečím a zanedbává školní přípravy i docházku. O následcích se toho mnoho neví, ale jistě přímo i nepřímo působí na psychický vývoj dítěte (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Systémovým týráním se rozumí situace, kdy například odbor sociálně-právní ochrany dítěte podá návrh soudu o odebrání dítěte z péče rodičů, ačkoliv by situaci mohl řešit jinak. Dítě je tak zbaveno svého prostředí a jsou přetřhány všechny kontakty. Dále se může objevit i v jiných

oblastech jako je školství a zdravotnictví: ve škole může být nadměrně přetěžováno úkoly, ve zdravotnictví může dojít ke špatnému přístupu v péči o dítě, jež může trpět psychosomatickými problémy, úzkostmi a fobiemi (Titmanová, 2019).

Druhotné zraňování známé také jako sekundární viktimizace se podobá systémovému týrání, ale je daleko závažnější. Jedná se o případy, kdy je na dítěti páchan trestný čin sexuálního násilí nebo fyzického týrání a podruhé se stane obětí nesprávného přístupu při vyšetřování policií (Titmanová, 2019).

Münchausenův syndrom, v češtině označovaný jako syndrom barona Prášila, může představovat zvláštní formu tělesného a psychického násilí. Čistý syndrom je podle mezinárodní klasifikace nemocí předstíraná porucha. Pacient předstírá různé fyzické obtíže, zkresluje nálezy a velmi rád se podrobuje lékařským výkonům, dokonce i těm náročným invazivním postupům a operačním výkonům, jež mohou mít následky. Toto chování je u dětí vzácné, tento syndrom se naopak objevuje v zastoupení, tzn. v situacích, kdy nejčastěji matka působí dítěti zdraví škodlivé stavy: podává mu kupříkladu různé léky, záměrně rozdírá poranění při ošetřování nebo ho vystavuje různým chemickým prostředkům. Následně vede dítě k lékaři a dramaticky líčí obtíže, které dítě trápí. Při odběru vzorků je matka může dále kontaminovat a tím prodlužovat či znemožňovat léčbu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Násilí a jiné formy zanedbávání péče o dítě mají často souvislost s problémy v rodině. Mohou mít původ ve stresové situaci, se kterou se rodič nemůže vyrovnat, a dítě se tak stává objektem, na nějž jsou problémy ventilovány, nebo se může také stát prostředkem, jímž chce jeden rodič ublížit druhému. Jako příklad můžeme uvést rozvod, neplánované těhotenství nebo exekuci. Toto chování se dále objevuje v rodinách s více dětmi a také tam, kde je chudoba. Jistý vliv mají nesporně i média (Titmanová, 2019).

Násilné chování můžeme rozdělit na otevřené, které může zahrnovat obtěžování spolužáků a rvačky. Druhým typem jsou srážky například s autoritami. Posledním typ je skrytý, který zahrnuje podněcování a stupňování násilí (Havlíková, Drábková, & Vymětal, 2013).

Oběťmi syndromu CAN se nejčastěji stávají jednak děti, které se nějak odlišují – může jít o tělesné postižení, nízkou porodní váhu či mentální deficit, ale i děti, jež nesplňují očekávání rodičů. Zvláště sexuální násilí bývá páchano na dívkách s výraznými ženskými tvary a na jemných mazlivých dětech. Pachatelem bývá jedinec nezralý nebo s psychiatrickou poruchou, alkoholik, drogově závislý či jedinec se zkušeností s tímto syndromem v dětství (Titmanová, 2019).

Podle statistik tímto syndromem v České republice trpí 1–2 procenta dětí. V roce 2017 bylo nahlášeno celkem 8 929 případů: nejčastěji šlo o zanedbávání péče (6 528 případů), dále psychické týrání (909 hlášení) a 609 dívek bylo sexuálně zneužito. Tyto trestné činy nejčastěji hlásí učitelé (Titmanová, 2019).

Nejčastějším signálem ukazujícím na ohrožení dítěte syndromem CAN je náhlé zhoršení prospěchu. Žák ztrácí zájem dostávat dobré známky, má problémy ve vztazích se spolužáky, je úzkostný a neprůbojný, straní se dokonce i kolektivu. Může se naopak projevit agresivita vůči kamarádům. Objevují se i poruchy v pravidelných návycích, které se mohou týkat stravování, kdy dítě nezvládá dojíst oběd, nebo spaní, kdy má žák časté pozdní příchody. Dále nosí nevhodné oblečení, má problémy s hygienou a může se objevit i sebepoškozování. Učitelé tělocviku si mohou všimnout modřin, odřenin a nezájmu žáka (Titmanová, 2019).

## 2.2 Záškoláctví

Záškoláctví nemusí být samotným rizikovým chováním, ale může být jeho důsledkem a pro učitele nebo rodiče příznak, že se žákem je něco v nepořádku. Jedná se o žákův přestupek, který se označuje jako neomluvená přítomnost na vyučovací hodině při vzdělávání na základní či střední škole. Žák úmyslně svou školní docházku zanedbává a zároveň závažně porušuje školní řád. Záškoláctví má dvě formy: impulsivní a plánovanou. První forma je předem neplánovaná, druhá účelová. Titmanová (2019, str. 17-18) rozděluje záškoláctví do dalších pěti kategorií:

- a) *pravé záškoláctví = rodiče nemají ponětí, že žák je “za školou”,*
- b) *s vědomím rodičů,*
- c) *s klamáním rodičů = žáci přesvědčují rodiče, že do školy nemohou jít,*
- d) *útěky z hodin = žáci jsou zapsaní, ale z hodiny utíkají, nicméně často neopouštějí budovu,*
- e) *odmítání školy (škola způsobuje žákovi psychické obtíže, například kvůli šikaně či neúspěchu při zvládnání učiva).*

Obecně mohou být příčiny společenské, osobnostní, školní, rodinné nebo vrstevnické. Mezi společenské příčiny záškoláctví řadíme problémy vyloučených lokalit, kde často existují negativní vzory, chudoba a nezaměstnanost. Osobnostní příčiny se projevují při páchání rizikového chování nebo plynou z disharmonického vývoje dítěte, které hledá náhradní formy uspokojení. Vina může být i na straně školy, když žák nemá dostatečnou pozornost učitele kvůli vysokému počtu spolužáků nebo mu vadí osobnost pedagoga a vysoké nároky kladené na žáka. Ve škole se může objevit také zmíněná šikana. Mezi rodinné příčiny záškoláctví řadíme nezáměr rodičů, krizovou situaci v rodině anebo přílišnou autoritativní výchovu; mezi vrstevnické negativní vliv party či nedostatečnou nabídku aktivit pro volný čas (Titmanová, 2019).

Při vyšetřování, proč žák nepřišel na vyučování nebo jej opustil, musíme uvažovat, co ho k tomu vedlo a také kde a jak tráví volný čas. Záškoláctví bývá často spojováno s nevhodným a pro dospívající nebezpečným chováním – žáci se často snaží útěky ze školy legitimizovat výmluvami, že jim je učiteli nebo spolužáky ubližováno. Lhát mohou i rodiče, jež svým dětem omlouvají absenci kvůli údajné nemoci, aby neměly nějaký kázeňský postih (Vališová & Kasíková, 2011).

Žákovu školní docházku eviduje třídní učitel, který se v případě podezření na záškoláctví obrací na zákonného zástupce nezletilého žáka. Pokud žák dosáhne absence, která činí více než 25 neomluvených hodin za školní rok, je třídní učitel povinen tuto skutečnost hlásit orgánu sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Tyto děti vnímá společnost jako ohrožené a snaží se jim pomoci vrátit do procesu vzdělávání (APIVB, 2022).

Pro prevenci je důležité udržovat pozitivní klima ve třídě, nutnost jít příkladem, nabízet pozitivní vzory chování, seznámit žáky se školním řádem a nabízet jim zajímavé volnočasové aktivity (Titmanová, 2019).

## 2.3 Závislosti

Jako sociálně patologické chování označujeme takové formy chování, které mají hromadný charakter a svými dopady ohrožují nejen příslušného jedince, ale i celou společnost. Do této kategorie řadíme návykové chování, jehož rizika představují psychoaktivní látky vyvolávající jak drogovou závislost, tak i aktivity spojené s pocity vzrušení, napětí a risku. Z hlediska vztahu člověka k návykové látce rozeznáváme pět typů postojů: abstinence, misúzus, úzus, abúzus a závislost (Machová & Kubátová, 2015).

Abstinence znamená zdrženlivost vůči návykové látce a trvalou střízlivost, úzus označuje přijatelné požití látky, například léku v dávce předepsané lékařem nebo alkoholických nápojů jako pochutiny. Rizikovým postojem je misúzus značící zneužití psychoaktivní látky za účelem opojení nebo v určitých nevhodných momentech. Lze sem zařadit i užívání léků, jež lékař nepředepsal, užívání alkoholu těhotnými či dětmi a jiné. Abúzus označuje nadužívání látek nad stanovenou míru, kdy jedinec konzumuje větší dávky, než je v populaci běžné, ale ještě nemá se svou zálibou větší problémy (Vališová & Kasíková, 2011).

Nejzávažnějším postojem k návykovým látkám je závislost, což je soubor kognitivních, fyziologických a behaviorálních fenoménů, které se vyvíjí po opakovaném užití látky. Podle Titmanové (2019, str. 71) je pro stanovení této diagnózy nutná přítomnost alespoň tří následujících kritérií:

1. *silná touha po látce,*
2. *potíže při kontrole užívání látky (množství, ukončení),*
3. *somatický odvykací stav,*
4. *zvyšující tolerance vůči látce (potřeba zvyšovat dávku),*
5. *postupné zanedbávání jiných potěšení ve prospěch užívání látky a zvýšené množství času k obstarání, užívání a zotavení po droze,*
6. *pokračování v užívání i přes jasný důkaz, že je látka škodlivá.*

Jedná se o chorobu vyvolanou opakovaným užíváním látky s psychoaktivními účinky. Pro počáteční příjemné působení jsou tyto látky vyhledávány a zneužívány, i když jejich konzumace v dalších stádiích poškozuje jedince fyzicky, psychicky a sociálně. Látky jsou tím nebezpečnější, čím má látka větší toxicitu a vazebný potenciál, jenž vyjadřuje množství látky a dobu, která uplyne od prvního užití ke vzniku závislosti, a silou abstinčních příznaků. U každé látky jsou tyto vlastnosti různé. Důležitým faktorem je i osobnost jedince a jeho

sociální zázemí (Vališová & Kasíková, 2011), nicméně za nárůst závislosti je zodpovědné i neustálé zvyšování požadavků na lidskou psychiku v zaměstnáních (Málá & Klementa, 1985).

Kouření je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu. Jeho nejčastější příčinou jsou předčasná onemocnění, jež mohou vést až k úmrtí. Mezi hlavní škodlivé látky obsažené v cigaretovém kouři patří dehet, oxid uhelnatý a kyanid – jedná se o jedy nebo prokázané karcinogeny. Kouření během 20. století zabilo kolem sto milionů osob na světě. Asi třetina populace v Evropě pravidelně kouří (Machová & Kubátová, 2015), v České republice na následky kouření umírá 18 000 obyvatel ročně (Krejčí, Šulová, Rozum, & Havlíková, 2017).

Vliv kouření na mozek je velmi komplikovaný a vědci není zcela objasněn. Návykovou složkou v cigaretovém kouři je nikotin, který se rychle vstřebává do krve a do sedmi sekund po vdechnutí působí na mozek. Závislost na nikotinu se označuje jako tabakismus (Vališová & Kasíková, 2011) a při poklesu jeho hladiny v krvi se dostávají abstinenční příznaky jako je nutkavá touha po cigaretě, podrážděnost nebo poruchy spánku. Nikotin zvyšuje krevní tlak, stahuje cévy a zvyšuje srdeční tep, což vede ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Machová & Kubátová, 2015). Lehčí intoxikace tabákem se projevuje studeným potem, bledostí, bolestí hlavy a náhlou změnou nálady (Beneš, Pumpr, & Banýr, 2004).

Prokázaný účinek na rozvoj karcinomu plic má dehet, jenž se usazuje v plicích. Cigaretový kouř je však komplexním karcinogenem vedoucím ke vzniku rakovinového bujení v závislosti na hloubce vdechování cigaretového kouře a počtu vykouřených cigaret. Vyvolává zadržování hlenu v dýchacích cestách a k zánětlivým změnám sliznice, poškození chrupu a onemocnění kostí (Machová & Kubátová, 2015).

Kouření matky v době těhotenství je velmi rizikové pro plod, protože vede k retardaci růstu a vývoje plodu – oxid uhelnatý prostupuje placentou do krevního oběhu plodu, kde se váže na červené krevní barvivo a vede k snížení schopnosti vázat kyslík. Plod trpí nedostatkem kyslíku, a tak je opožděn i jeho mentální vývoj. Novorozenci matek kuřáček mají průměrně o 250 g nižší porodní hmotnost než ostatní novorozenci. U kuřáček je také prokázán výskyt samovolných potratů (Machová & Kubátová, 2015).

Rizikovitost kouření také spočívá v tom, že obvykle souběžně dochází k zneužívání i jiných návykových látek. Nejkritičtějším obdobím pro rozvoj závislosti na tabáku je období mezi jedenáctým a patnáctým rokem života. Mladší děti zkusí kouřit, což často zůstává pouze u pokusů. Ke kouření se dítě vrací v období puberty, kdy dominuje snaha vypadat dospěleji.

Kolem sedmnáctého roku kouří už jen ti, kterým kouření zachutnalo a kouřit chtějí (Machová & Kubátová, 2015).

Ani nedobrovolné vdechování cigaretového kouře v zakouřeném prostředí není pro zdraví příznivé – tento fenomén se označuje jako pasivní kouření. Volně hořící cigareta produkuje velké množství škodlivých plynných látek a pevných částic, jejichž koncentrace je vyšší než u automobilového provozu na frekventované křižovatce. Tyto látky ihned působí dráždivě a mohou nejen vyvolat záněty dýchacího ústrojí, záněty středního ucha, onemocnění dýchacích cest, alergie, ale i syndrom náhlého úmrtí dítěte (Machová & Kubátová, 2015). Z hlediska množství škodlivin jsou šetrnější elektronické cigarety, kde se dým vytváří zahříváním propylenglykolu nebo glycerolu (Čapek Adamec, Čapková, Janoušková, & Pumpr, 2019). Nejvíce jsou pasivním kouřením ohroženy děti, jichž je kouří vystaveno až 65 % z nich (Machová & Kubátová, 2015).

Na nikotinu je závislý takový kuřák, který kouří kolem deseti až patnácti cigaret denně a který první cigaretu zapaluje do jedné hodiny po probuzení. Závislosti je obtížné se zbavit a povede se to jen necelé polovině kuřáků. Zanechání kouření v každém věku zlepšuje fyzickou kondici a snižuje riziko vznik rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění. Při léčbě závislosti je nutné přestat s kouřením naráz, jelikož každá vykouřená cigareta může tuto závislost vrátit. Pro zmírnění abstinčních příznaků se podává nikotin ve formě žvýkaček nebo náplastí (Machová & Kubátová, 2015).

Další nebezpečnou látkou je alkohol, který má v naší kultuře zvláštní postavení: je dostupný, podává se legálně a bývá předmětem reklam v médiích a na plakátech. Závislost na alkoholu se označuje jako alkoholismus (Čapek Adamec, Čapková, Janoušková, & Pumpr, 2019) a může představovat startovací drogu vedoucí k dalším návykovým látkám (Krejčí, Šulová, Rozum, & Havlíková, 2017). Jedná se o bezbarvou kapalinu, která vznikla kvašením sacharidu; chemickým složením jde o etanol. Je to aktivní složka alkoholických nápojů, ve kterých je obsažen v různých koncentracích. Množství alkoholu v biologických tekutinách se vyjadřuje v promile (Machová & Kubátová, 2015).

Alkohol patří mezi organická rozpouštědla. V malých dávkách způsobuje krátkodobou euforii a pocit uvolnění, ve větších naopak deprese, sníženou vnímavost, útlum a ztrátu koordinace pohybu. Působení etanolu závisí na tělesné hmotnosti a také na tom, jak je organismus zvyklý tuto látku přijímat. Dlouhodobé a opakované užívání alkoholu vede k závislosti – v České republice je takto závislých asi 550 000 obyvatel (Šibor, Plucková, & Mach, 2017).

Ač existují potvrzené důsledky alkoholu na zdraví, naše společnost je k jeho užívání velmi tolerantní i přesto, že způsobuje 45 % dopravních nehod, rvačky i pracovní úrazy. Vyvolává též různá psychiatrické onemocnění, jež mohou vést až k sebevraždám. Nadměrné užívání může být důvodem k sociálním konfliktům, rozpadu manželství i ke ztrátě zaměstnání. Alkoholici často zanedbávají své děti a jsou špatnými socializačními zdroji (Vališová & Kasíková, 2011).

Alkoholismus se projevuje zaujatostí alkoholem a ztrátou kontroly nad pitím i přes jeho negativní dopady na zdraví a sociální vztahy. V případě, že člověk závislý na alkoholu k němu nemá přístup, objevují se abstinenční příznaky. Ty mohou být psychické, projevující se neklidem, podrážděností, úzkostí až depresí, nebo fyzické, při nichž dotyčný cítí bolest svalů a kloubů, křeče nebo nutkání ke zvracení (Machová & Kubátová, 2015).

Alkoholické nápoje se vstřebávají v žaludku a tenkém střevě, odkud alkohol proniká do celého těla. V játrech se pomocí enzymů alkoholdehydrogenázy a aldehyddehydrogenázy odbourává na vodu a oxid uhličitý. Meziproduktem štěpení je neurotoxický acetaldehyd. Odbourávání alkoholu je velkou zátěží pro játra, protože narušuje metabolismus cukrů a tuků, jenž může vést ke ztučnění jater. Alkohol se vylučuje močí, potem nebo vydechaným vzduchem (Machová & Kubátová, 2015).

Alkohol se podává pro jeho psychotropní účinky, zahání nudu a stres, usnadňuje společenský kontakt a povzbuzuje chuť k jídlu. Svým mechanismem účinku se podobá hypnotikům. Účinek alkoholu je závislý na vypitém množství, zdravotním a psychickém stavu konzumenta a na dalších faktorech. Při koncentraci v krvi kolem půl promile navozuje alkohol uvolnění, omezuje napětí a strach, při 1,5 promile dochází ke ztrátě zábran a od dvou do tří promile jsou těžce narušeny hybnost a vnímání (doprovázeny agresivitou či smutkem). K bezvědomí dochází v rozmezí 3-4 promile, při 4-5 promile dochází k zástavě dechu, oběhovému selhání a následné smrti (Machová & Kubátová, 2015). Jako bezpečnou dávku Mezinárodní zdravotnická organizace označuje 3 gramy čistého etanolu denně (Titmanová, 2019). Osoby euroamerického původu mají vyšší toleranci k alkoholu než ostatní etnika díky mnoha generačním zkušenostem s touto látkou (Machová & Kubátová, 2015).

Účinek alkoholu postihuje kromě nervové soustavy celý organismus. Etanol rozšiřuje vlasečnice, dochází k zarudnutí obličeje a pocitu tepla. S alkoholem vzrůstá tvorba moči a její vylučování, což vede k dehydrataci a pocitu žízně. Malé dávky alkoholu zvyšují sekreci slin a pankreatických a žaludečních šťáv, což povzbuzuje chuť k jídlu, vyšší dávky naopak

sekreční činnost tlumí, a tak dochází ke snížení chuti k jídlu. Alkohol má velkou kalorickou hodnotu – sto gramů čistého etanolu skýtá 2 930 kJ (Machová & Kubátová, 2015).

Na rozdíl od dospělých je pro děti tato látka nebezpečnější, protože ji v menším těle pomaleji odbourávají, čímž hrozí otrava již při malých dávkách. Dlouhodobé zneužívání alkoholu způsobuje záněty trávicího ústrojí, onemocnění jater, cév a psychiatrické choroby. Během těhotenství alkohol prochází placentou do krevního oběhu plodu, kde může způsobit fetální alkoholový syndrom vedoucí k poškození mozku a retardaci růstu (Machová & Kubátová, 2015).

Nejvíce alkoholu se vyrobí i konzumuje v Evropě, kde se promítá do zdravotního stavu obyvatel, výkonu ekonomiky a na míře kriminality. Zákony zemí upravující konzumaci alkoholu se různí podle států, například ve Finsku je věková hranice pro prodej alkoholu stanovena od 20 let, což je o dva roky později (Krejčí, Šulová, Rozum, & Havlíková, 2017).

Nesmíme opomenout drogy. Toto označení se dříve používalo pro surovinu rostlinného nebo živočišného původu používaného jako léčivo, dnes má tento význam jen u farmaceutik a lékařů. V běžné mluvě označujeme pojmem droga omamné a psychotropní látky, jejichž výrobu a distribuci stát zakazuje; jedná se tedy o nelegální drogy. Závislost na takových látkách Světová zdravotnická organizace definuje jako toxikomanii. Lze se setkat i s pojmem narkomanie, který je užší a do kterého spadají osoby se závislostí na narkotikách, látkách tlumících bolest s uspávacími a tlumivými účinky (Machová & Kubátová, 2015). Termín doping se používá v situacích, kdy je droga používána ke zvýšení fyzického výkonu (Beneš, Pumpr, & Banýr, 2004). V dopingu se používají také anabolika, což jsou látky zvyšující tvorbu bílkovin a podporující růst svalové hmoty (Šibor, Plucková, & Mach, 2017).

Drogy ovlivňují duševní stav člověka a mají prokázaný negativní účinek na organismus. Poškozují vnitřní orgány, zejména játra, která rozkládají veškeré cizorodé látky (Šibor, Plucková, & Mach, 2017). Účinky návykových látek dělíme do tří oblastí: utlumenost, vzrušenost nebo halucinace (Dobroruka, Vacková, Králová, & Bartoš, 2001). Většina drog je návyková. Šibor (2017, str. 99-101) rozděluje tyto látky do 6 skupin:

1. *organická rozpouštědla,*
2. *stimulační drogy,*
3. *tlumivé látky (sedativa),*
4. *konopné drogy,*
5. *halucinogeny a*

## *6. narkotika.*

Toxikomanie je z hlediska jedince a společnosti škodlivá. Postižení jedinci se chovají ke společnosti bezohledně. Dále také ohrožují zdraví, a vyžadují tak zbytečné náklady na léčení od zdravotních pojišťoven (Kvasničková, 1991).

## 2.4 Rizikové sporty, rizikové chování v dopravě a úrazy

Pohyb je základním výrazovým prostředkem člověka. Vyjadřujeme ním nálady a pocity, a je tedy prvotní formou lidské komunikace. S pohybem souvisí psychické činnosti, jako je komunikace písmem a řečí. Dále má hlavně pro dítě socializační funkci, kdy je oceňována obratnost, kondice a fyzická síla. Při úspěšném sportovním výkonu dochází k vyplavování dopaminu v mozku, který má mimo jiné úlohu v přenosu euforických pocitů. Sport může tedy sloužit jako účinný preventivní prostředek v prevenci rizikového chování (Machová & Kubátová, 2015).

V každém sportu se setkáme s určitým rizikem. Existují však sporty, kde riziko je samotnou jejich podstatou. Kirchner (2009, str. 33) dělí tyto sporty do tří stupňů podle rizikovosti:

- *Sporty s nízkou mírou rizika* – tyto sporty probíhají v bezpečném prostředí a je téměř nemožné se fatálně zranit. Zařazuje zde atletiku, běh, volejbal a golf.
- *Sporty se střední mírou rizika* – zde může dojít ke smrti vlivem nešťastné shody okolností, ale nemusíme toto riziko zvažovat po celou dobu sportování. Zde uvádí bojové sporty, lední hokej, ragby.
- *Sporty s vysokou mírou rizika* – je riziko smrti nebo těžkého zranění vyšší v důsledku vyšší rychlosti anebo obtížné interakci s přírodními silami. Zde autor umístil horolezectví, akrobacii, lyžování, kanoistiku na divoké řece a moto závody.

Do této skupiny rizikového chování řadíme hazardní aktivity. Ty se od rizikových sportů liší vědomým reálným hazardováním s vysokým rizikem smrti. Řadíme sem například jízdu mezi vagony vlaků, lezení bez lana nebo přeskakování ze střechy na střechu (Nielsen Sobotková, 2014).

Další nedílnou součástí této skupiny je rizikové chování v dopravě. Je to takové jednání, které vede k dopravním kolizím a následně k úrazům nebo úmrtím. Toto může být způsobeno třemi původci:

- I. *návykovými látkami;*
- II. *neznalostí dopravních předpisů;*
- III. *osobnostními faktory* – agresivitou, depresí, přecenění vlastních schopností, vyhledáváním vzrušujících zážitků (MŠMT, 2010A).

Vlivem nebezpečných sportů, hazardních aktivit a rizikového chování v dopravě vznikají úrazy. Na ty podle Machové (2015) zemře ročně asi 250 dětí a dalších 30 000 dětí bývá hospitalizováno v nemocnicích. Synonymem úrazu je trauma (znamená poranění, které vzniklo

náhlým působením zevní události na organismus a poškozuje ho). Pro každé věkové období člověka jsou jiné typické úrazy. Je to způsobeno zkušeností člověka, která odpovídá vývojovému stupni psychiky, smyslového vnímání a motoriky. Mnoho traumat je způsobeno neznalostí předpisů, nepozorností, riskováním, agresivitou, ale také v důsledku zneužívání návykových látek. Úrazy dělíme podle stupně závažnosti:

1. méně závažný – nejsou ohroženy základní životní funkce, například odřeniny;
2. těžce závažný, bezprostředně však neohrožující život – můžeme zde zařadit pneumotorax;
3. bezprostředně ohrožující život – srdeční zástava, prudké krvácení, bezvědomí a jiné podobné (Beránková, Fleková, & Holzhauserová, 2007).

Pro prevenci vzniku úrazů má velký význam dopravní výchova, znalost první pomoci a mimo jiné nošení ochranných pomůcek při sportu (Machová & Kubátová, 2015).

## 2.5 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou kontinuálním spektrem nemocí od anorexie, bulimie, Adónisova komplexu, záchvatového přejídání až po obezitu. Co mají tyto nemoci společného, je nenormální jídelní chování, které vede ke zdravotním, psychickým a sociálním následkům. Výskyt poruch příjmu potravy v České republice narůstá: v roce 2017 se s touto diagnózou léčilo 3 731 pacientů, z toho 90 % žen; z 56 % se jedná o osoby starší 20 let (Titmanová, 2019).

Začátek těchto onemocnění souvisí s průběhem dospívání. Dochází ke změnám v tělesných proporcích, k zaoblování ženského těla, růstu prsů, zrychlení tělesného růstu a přibývání tělesné hmotnosti. Bezprostřední příčinou poruchy příjmu potravy může být nevhodná poznámka týkající postavy (Machová & Kubátová, 2015). Dospívající obrací pozornost ke svému vzhledu nadměrně a kriticky, k čemuž přispívá i společenské klima, které vytváří strach z nadváhy a tloušťky, jistý vliv může mít také dietní průmysl (Titmanová, 2019).

Obrovský vliv na růst četnosti poruch příjmu potravy mají média. Sdělení, které nám média předsouvají, ovlivňují náš pohled na svět. Vnucují nám, co je ošklivé, co je krásné a také jak bychom se měli a neměli chovat. Musíme však myslet na to, že nejsou odrazem reálného světa, protože obraz, jenž média ukazují, je zkratkovitý a skutečnost zkreslují. Pravidelné vysílání těchto zkreslených obrazů v nás upevňuje určitý druh uvažování, které ovlivňuje naše postoje. Média tedy vytváří stereotypy (Bělohlová, 2020).

Mentální anorexie je psychické onemocnění, které se projevuje úmyslným snižováním tělesné hmotnosti, které si jedinec udržuje. Využívá k tomu různé diety, zvracení, léčiva nebo nadměrné cvičení. Podle mezinárodní klasifikace nemocí jde o anorexii v případě, že je váha udržována 15 % pod předpokládanou váhou nebo se BMI nachází pod hodnotou 17,5. Děti nespĺňují během růstu váhový přírůstek, u žen dochází ke ztrátě menstruačního cyklu. Toto onemocnění doprovází zejména strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle. Postupem času dochází ke ztrátě chuti k jídlu, k oslabení pocitu hladu až do fáze nechutenství. Nemocný si myslí, že jediné, co může ovládat na svém životě, je kontrola hmotnosti – postupně se izoluje od ostatních, je podrážděný a úzkostlivý (Titmanová, 2019).

Mentální bulimii charakterizují trvalé myšlenky na jídlo a vzhled. Střídají se epizody hladovění s přejídáním; po tomto selhání nastává intenzivní snaha zvrátit účinek přijatých kalorií intenzivním cvičením, projímadly a zvracením. Důsledky tohoto onemocnění jsou zažívací problémy, u bulimiček se často vyskytují potíže se zácpou a průjmem. Kvůli epizodám přejídání a následného zvracení jsou časté trhliny v oblasti jícnu a žaludku. Zvracení také souvisí

se zvýšenou kazivostí zubů a otoky slinných žláz. V organismu je narušena rovnováha minerálů, neboť při nedostatku draslíku jsou charakteristické závratě, ztráty vědomí a křeče (Titmanová, 2019).

Pokud toto onemocnění začne před počátkem puberty, dochází k pozastavení fyziologických změn. Zastavuje se tělesný růst i vývoj pohlavních znaků. Po návratu k normální tělesné hmotnosti pokračuje vývoj dál, ale růst kostí se může zcela zastavit. Pacienti trpí závratěmi či insomnií, omdlévají, jsou zimomřiví, mají suchou kůži, poruchy funkce ledvin a jater, potíže se srdcem nebo vlasy, mají naopak nadměrné ochlupení, zvýšenou kazivost zubů a může se objevit neplodnost. Nebezpečnou komplikací je též osteoporóza. U třetiny pacientů dochází k předčasnému úmrtí kvůli metabolickému rozvratu (Titmanová, 2019).

Nejčastěji mužskou poruchou příjmu potravy je Adónisův komplex neboli bigorexie. Jedná se o nepřiměřenou snahu zvýšit svou svalovou hmotu bez zvýšení hmoty tukové: nemocný se vnímá jako příliš slabý, malý a nedostatečně svalově vyvinutý, což kompenzuje extrémní fyzickou zátěží, velkým výdejem energie, vysokou spotřebou doplňků stravy a častým užíváním anabolických steroidů (Pastucha, a další, 2010). Nadužívání steroidů může vést k rakovině varlat. Postižení jedinci nemohou přerušit trénink i přes záněty svalů nebo úrazy. Za touhou po dokonalém vzhledu často stojí pocit méněcennosti, přehnaná autoritářská výchova nebo přezírání. Projevem může být kulturistická psychóza, jež se projevuje podrážděností a vztahovačností hraničící s paranoiou (Vališová & Kasíková, 2011).

Přetěžování svalů vede k vyššímu počtu poranění a nepříznivým vlivům na vývoj tělesných funkcí v dospívání. Naopak přetěžování růstových zón může způsobit změny struktur kostí vedoucí až k artróze. Anabolické steroidy užilo podle studie v České republice v roce 2011 1,4 % šestnáctiletých. Steroidy mají vliv na zvětšení objemu a síly svalstva. Jedná se o deriváty testosteronu, což je mužský pohlavní hormon. Jejich vysoké dávky tlumí funkce endokrinního systému, snižuje se tvorba spermatu a dochází ke zmenšení varlat. U žen vede dlouhodobé užívání k zmenšení dělohy a neplodnosti, Dále se prohlubuje hlas, zmenšují se prsní žlázy, nadměrně roste ochlupení, zároveň se ale u mužů objevují kouty a plešatost. Dlouhodobé užívání má též vliv na funkci jater a nervového, pohybového a kardiovaskulárního systému (Machová & Kubátová, 2015).

Na druhé straně těchto onemocnění stojí obezita, která je zapříčiněná nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie. Za nedostatečný výdej může jednoznačně nedostatek pohybu. Preferováním městské hromadné dopravy nad chůzí, a zvláště neprovozováním sportu nebo pohybových her dochází k oslabení svaloviny, přibývání tukové tkáně, bolestem zad

a hlavně ke snížení fyzické kondice. Za obezitu mohou z poloviny genetické dispozice, jež se podílí na rychlosti metabolismu. Ten můžeme zpomalit i častými dietami, a také nemůžeme vynechat vliv hormonů. Druhou variantou je způsobení obezity nadměrným příjmem potravy buď vlivem stresu, nevhodných stravovacích návyků, nebo dokonce i léčiv, jelikož například antidepresiva zvyšují chuť k jídlu (Titmanová, 2019). K nadměrnému přísunu potravy může dojít i kvůli těhotenství nebo při léčbě závislosti na alkoholu či cigaret (Krejčí, Šulová, Rozum, & Havlíková, 2017).

Velkým nebezpečím obezity je vznik cukrovky (latinsky *diabetes mellitus*), chronické poruchy metabolismu sacharidů, jež je způsobena nedostatkem inzulínu nebo jeho nedostatečným účinkem. Inzulín se tvoří v Langerhansových ostrůvcích slinivky břišní a umožňuje přenos glukózy z krve do buněk srdečního a kosterního svalstva. Zasahuje také do metabolismu tuků, kdy usnadňuje přeměnu glukózy v tuk, a bílkovin, kdy podporuje syntézu bílkovin z aminokyselin a zabraňuje ve tvorbě cukru z bílkovin. Je to jediný hormon, který snižuje hladinu glukózy v krvi (glykemie). Cukrovka se projevuje vysokou glykemií a také obsahem glukózy v moči. Organismus ztrácí vodu, a tak nemocní mají neustálý pocit žízně (Machová & Kubátová, 2015).

*Diabetes mellitus* má 2 typy. První typ, který vzniká nejčastěji v dětství nebo v období dospívání, se projevuje nedostatkem inzulínu, kdy nemocný musí dodržovat dietu a vpravovat do těla inzulín. Druhý typ, jenž obvykle vzniká po 40. roku života, se vyznačuje inzulínovou rezistencí. U něj většinou není potřeba doplňovat inzulín, ale naopak dodržovat dietní opatření k redukci váhy (Machová & Kubátová, 2015).

Obezita může být způsobena další poruchou příjmu potravy, takzvaným záchvatovým přejídáním. Postižený jedinec je ovládán nutkáním, že musí jíst (Marádová, Rodinná výchova: Zdravý životní styl 2, 2000), a proto jí velké množství stravy, i když nemá hlad, a dokonce i pokrmy, jež mu nechutnají.

Pro lidské zdraví je důležité jíst všechny potraviny, pokud nejsou hygienicky závadné. Důležité je samozřejmě dodržovat správnou velikost porcí. Zastoupení jednotlivých druhů potravin by mělo vypadat následovně:

- výrobky z obilovin a přílohy 45 %;
- zelenina a ovoce 30 %;
- maso a mléko 20 %;
- tuk a cukr 5 % (Marádová & Vodáková, 2003).

Hodnocení tělesné hmotnosti se provádí podle výpočtu *Body Mass Indexu* (BMI), který se vypočítá vydělením hmotnosti výškou udanou v metrech umocněnou na druhou (Marádová, Výživa a hygiena ve stravovacích službách, 2010). Optimálně by muži měli mít BMI v rozmezí 20 až 25 a ženy od 19 do 24, musíme však vzít v úvahu jedincův věk a zdravotní stav (Krejčí, Šulová, Rozum, & Havlíková, 2017).

Léčba poruch příjmu potravy, při níž je vždy nutný zásah odborníka, je složitá a má malou úspěšnost. Musí být dobrovolná a pacient musí být motivován. Čím déle choroba probíhá, tím se snižuje šance na její vyléčení. Cílem léčby je změna patologického chování a postoje směřovaného na jídlo a své tělo (Titmanová, 2019).

Učitel může mít podezření na poruchu příjmu potravy, pokud vidí nápadné projevy žáka ohledně jídla, jako například změnu jídelníčku nebo vyhýbání se společnému stravování. Když už je donucen k jídlu ve školní jídelně, často jí velmi pomalu, šťourá se v jídle a používá více soli a pepře. Během hodin působí podrážděně nebo hyperaktivně, často nosí do tříd teplé oblečení a v hodinách může často odbíhat na toaletu. K zabránění rozvoje těchto onemocnění by měl učitel předávat pozitivní hodnoty, jež jsou nutné k vytvoření zdravého hodnotového systému, protože je třeba zabraňovat nezdravým dietám a posilovat dobré mezilidské vztahy ve třídním kolektivu (Titmanová, 2019).

## 2.6 Negativní působení sekt

Působení alternativních náboženských skupin je jedním z potenciálních nebezpečí, které mohou ohrozit děti a mládež. Svoboda náboženského vyznání je jedním z pilířů základních práv a svobod, kterou garantuje Ústava České republiky. Stejně je povolena jakákoliv náboženská činnost, která neodporuje zákonným ustanovením. Všechny alternativní náboženské skupiny nemůžeme považovat za sekty a označovat jako nebezpečné. Pojmem sekta se označují všechna náboženská uskupení, jež se výrazně odlišují od dominantní věrouky. Pro to, aby církve existovala, musí projít dvoustupňovou registrací. Prvním krokem je doložení základní charakteristiky a zápis o založení náboženské společnosti s třemi sty podpisy občanů České republiky nebo osob s trvalým pobytem, druhým je získání oprávnění vyučovat a vychovávat své pracovníky ve svých vlastních školách a jiných zařízeních. Ke konci roku 2013 bylo v České republice registrováno 36 církví (Machová & Kubátová, 2015).

Registrace však nevyovídá o důvěryhodnosti církví. Jako sekty profesor Vojtíšek (1998) označuje ty náboženské skupiny, jejichž jednání je vůči svým členům škodlivé. Sektám přiřazuje následující znaky:

- a) izolovanost a relativní zavřenost,
- b) nesvobodné myšlení a rozhodování jejich členů,
- c) božský původ vůdce sekty,
- d) pocit výlučnosti skupiny nad ostatními,
- e) neustálé projevy lásky,
- f) pocity strachu a ohrožení okolním světem.

Nejčastějším negativem působením sekt je závislost členů na tomto uskupení. Trpí společenskou izolací, kterou spíše než daný jedinec pocítuje jeho rodina a přátelé. Dále je ohroženo zdraví členů a ohrožen vývoj dětí. Působení následovníků sekt může mít podobu páchaní trestných činů, jako jsou rituální vraždy nebo terorismus. Nejvíce lidských životů mají sekty na svědomí hromadnými sebevraždami (Vojtíšek, 1998).

Náboženská skupina však může působit i pozitivně. Většinou se staví odmítavě k užívání návykových látek, k promiskuitě a hazardu. Podporují etické hodnoty a harmonický rodinný život. Dále mohou představovat záchrannou sociální síť (Machová & Kubátová, 2015).

Úkolem školy je pěstovat svobodné a kritické myšlení. Sebevědomý člověk, který je tohoto myšlení schopen, mnohem lépe čelí případným psychickým manipulacím ze strany sekt. Škola přispívá k informovanosti žáků, upozorňuje na negativní jevy a varuje před nimi. Rodiče

a pedagogové musí uplatňovat citlivý a otevřený přístup. Jestliže už jedinec sektě propadl, měl by blízky při komunikaci s ním dodržovat tato pravidla:

- 1) zdržet se nepřátelských projevů vůči jedinci a sektě,
- 2) nepřemlouvat k opuštění sekty, rozhodnutí musí učinit sám jedinec,
- 3) snažit se o pochopení, proč v té sektě je, a snažit se obnovit s ním vztah (Machová & Kubátová, 2015).

Učitel by neměl upozorňovat na žáky, kteří jsou členy sekt. Měl by dávat pozor na motivy Vánoc a narozenin a v případě nedorozumění si s dětmi pohovořit (Machová & Kubátová, 2015).

## 2.7 Sexuálně rizikové chování

Chování, jež může mít závažné zdravotní a sociální důsledky, představuje sexuálně rizikové chování. Sexuální chování se u člověka vytváří během vývoje pohlavního ústrojí vlivem dědičnosti, rodiny a společenského prostředí. Do šesti let nejsou patrné rozdíly ve stavbě těla dívek a chlapců. Odlišnosti lze vnímat ve způsobu hry a zájmech dětí, v nichž má velký vliv společnost přisuzující činnostem vhodnost pro dané pohlaví (Machová & Kubátová, 2015).

Od pátého roku se vyskytují sexuální hry, kdy děti zkoumají intimní části těla ostatních dětí a napodobují chování dospělých. V mladším školním věku do začátku puberty se děti vyznačují asexualitou, předávají si však zkreslené informace o porodu nebo například o sexuálním styku. Rozvoj sexuálního chování nastává v druhé fázi puberty, kdy se objevují první skutečné vztahy – u chlapců je v popředí pudová složka sexuality, u dívek citová. Toto období následně přechází do fáze dotykové, v němž se ustavuje sexuální pár: partneři mají tendenci k nezájmu o sexuální aktivity s jinými osobami a zachovávají vzájemnou věrnost (Machová & Kubátová, 2015).

V současné době mizí tradiční dospívání s pozvolným navazováním citových a následně sexuálních vztahů nutných pro rozvoj osobnosti a přípravu na manželský a rodinný život. Pod společenským tlakem začínají mladiství se sexuálním životem předčasně, což může mít závažné zdravotní důsledky. Na konci rychlé fáze puberty dosahují pohlavní žlázy základní zralosti, a tak jedinec začíná být schopen reprodukce; není však dosaženo zralosti ve stavbě orgánů. U dívek je děložní čípek pokryt jednovrstevným válcovitým epitelem, který méně chrání před mikrobiálními infekcemi. Velmi časně zahájení pohlavního života se vyznačuje častým střídáním partnerů, čímž se zvyšuje riziko infekce pohlavně přenosnými chorobami (Machová & Kubátová, 2015; Křivánková & Hradová, 2009).

Výzkumy prokázaly, že u dívek, jež měly příliš brzy pohlavní styk, je zvýšené riziko vzniku onkologických onemocnění pohlavních orgánů. Pouhé riziko zánětu je desetkrát vyšší u dospívajících než u 25letých žen. Dalším nežádoucím důsledkem předčasného sexuálního chování je těhotenství, porod nebo potrat, na něž organismus není fyzicky, psychicky a sociálně připraven, proto lékaři doporučují těhotenství po dosažení devatenáctého roku (Marádová, 2000).

Rizikové sexuální chování je chování způsobující růst sociálních, zdravotních a jiných rizik – rizikových sexuálních praktik, promiskuitního chování nebo nechráněného pohlavního styku; lze sem zařadit i zveřejňování intimních fotografií či videí. V poslední době navíc dochází

u dospívajících ke kombinaci rizikového sexuálního chování a užívání návykových látek, což se označuje termínem chemsex (Titmanová, 2019).

Pohlavně přenosné nemoci (z anglické zkratky STD) jsou jedním z nebezpečí sexuálně rizikového chování. Infekce se často neprojevují žádnými příznaky, ale v organismu se rozvíjí a jejich následky jsou závažné. Mezi nejčastější pohlavní nemoci patří syfilis, kapavka, měkký vřed a čtvrtá a pátá pohlavní nemoc, přenáší se výhradně pohlavním stykem. Podléhají povinnému lékařskému hlášení, vyšetření a léčení nemocných sexuálních kontaktů nemocného. Nejčastěji dochází k přenosu při sexuálnímu styku nahodilých osob, často pod vlivem návykových látek, přičemž nejčastější postiženou skupinou jsou osoby mezi 15–24 lety (Machová & Kubátová, 2015).

Nejčastější pohlavní nemocí je kapavka (bakterie *Neisseria gonorrhoeae*) postihující sliznice pohlavního a močového ústrojí. Infekce se může zanést při pohlavním styku prováděného do úst nebo konečníku. Bakterie mimo tělo rychle umírá, a proto je nákaza mimo pohlavní styk vzácná a možná pouze kontaminovanými vlhkými předměty (ručníky a tak podobně). Kapavka vyvolává hnisavý zánět, který se vyvíjí během tří až sedmi dnů. Příznaky jsou u obou pohlaví odlišné (Machová & Kubátová, 2015).

U muže bývá první příznak svědění až pálení při močení a slabý hnisavý výtok, ráno se objevuje na penisu kapka žlutozeleného hnisu. Nebezpečný je vzestup infekce k prostatě a nadvarleti, čímž může dojít k slepení vývodných kanálků a jejich neprůchodnosti, vedoucí k neplodnosti. U žen bývá postižena sliznice kolem děložního hrdla anebo močové trubice, z níž vytéká hnisavý výtok. Infekce může způsobit nitrobršíšní zánět nebo zánět vejcovodu, který může ohrožovat plodnost. V těhotenství kapavka způsobuje samovolný potrat, předčasný porod nebo se přenáší na plod, jemuž způsobuje zánět spojivek a následné poškození zraku (Machová & Kubátová, 2015).

Velkým zdravotním problémem byl v minulých staletích syfilis. Po zavedení antibiotik toto onemocnění vymizelo, avšak kvůli cestovnímu ruchu a migraci obyvatel se nebezpečí této choroby vrací. Syfilis způsobuje jednobuněčný prvek *Treponema pallidum*, s nímž se jedinec může narodit nebo jej získat. Vrozená forma se přenáší placentou z infikované matky na plod, získaná se přenáší pohlavním stykem. Syfilis probíhá ve třech stádiích. Prvním z nich je tvorba tvrdého vředu v blízkosti místa vstupu infekce po uplynutí třítydenní inkubační doby. Vřed bývá obvykle jeden, je leskle červený a nebolestivý. Sekret z jeho povrchu je velmi infekční, v jeho okolí jsou zduřelé lymfatické uzliny. Vřed se zahojí sám, a pokud se nemoc neléčí, přechází do druhého stádia, které doprovází lehké chřipkové příznaky (bolest svalů, horečka

kolem 38 °C, malátnost). Infekce se šíří po organismu, objevuje se vyrážka a vyrůstky, dochází též k vypadávání vlasů. Tyto projevy do roka mizí a začíná bezpříznakové období, které může trvat i řadu let. Poté následuje třetí stádium, v němž jsou projevy lokalizovány v určitém orgánu, kde vznikají hrboly, z nichž vytéká tekutina. Nastává i změna osobnosti, dezorientace, halucinace a dochází k spontánním zlomeninám kostí, metabolickému rozvratu až k smrti (Machová & Kubátová, 2015).

Syndrom získaného imunodeficitu, označující se zkratkou AIDS, je konečným stádiem infekce virem lidského imunodeficitu (HIV). HIV se přenáší z infikovaného tělesnými tekutinami, tedy spermatem, krví a poševním sekretem buď pohlavním stykem, sdílením injekčních jehel i roztoků drogy, nebo se může přenést z infikované matky na plod. Nákaza se projevuje v rozmezí tří až šesti týdnů, kdy dochází ke zhoršení imunitních funkcí připomínající chřipkové onemocnění s možnou vyrážkou; během několika dnů odeznívá. Poté nastává bezpříznaková fáze, v níž postupně klesá výkonnost imunitního systému. Třetím stádiem je časná symptomatická fáze, ve které se vyskytují malé infekce, nejčastěji kvasinky. Postupně se zmenšují lymfatické uzliny, nemocný má nechuť k jídlu, objevují se horečky a průjemy. To vede do čtvrtého stádia, v němž se rozvíjí syndrom získaného imunodeficitu, kdy organismus napadají velké infekce i nádory a nemocný umírá na některou komplikaci z onemocnění. Na AIDS neexistuje lék, množení viru se dá zabránit pouze pomocí antivirotik (Machová & Kubátová, 2015).

Druhým rizikem sexuálně rizikového chování je neplánované rodičovství. Plánované rodičovství a ochrana ženy před nuceným těhotenstvím patří mezi základní lidská práva. Stejně jako má podle morálního práva každé dítě právo na život, tak i žena by měla mít právo rozhodnout o svém těhotenství před početím dítěte pomocí metod plánovaného rodičovství (Marádová, 2000).

Každé dítě by se na svět mělo narodit chtěně, očekávané s láskou a odpovědností. Chtěné dítě předpokládá dobrý zdravotní stav budoucích rodičů, jejich psychickou zralost a sociální i ekonomické zabezpečení rodiny (Marádová & Kubrichtová, 1997).

Pokud se partneři opačného pohlaví rozhodnou spolu sexuálně žít, berou na sebe rovný díl zodpovědnosti za případný vznik života. Jestliže nejsou na tuto úlohu připraveni, plánované rodičovství by měli odložit. Na snížení rizika početí se používají antikoncepční metody, jež Marádová (2000, str. 107-111) dělí do čtyř skupin:

a) *bariérové metody,*

- b) *hormonální metody,*
- c) *nitroděložní tělíska a*
- d) *sterilizace.*

První metodou jsou bariérové metody bránící spermii dostat se do dělohy a oplodnit vajíčko. To lze provést přerušovanou souloží, která sice patří mezi nejstarší antikoncepční metody, je ale velmi nespolehlivá, zvláště u mladých a u těch jedinců, jenž nemají průběh soulože pod kontrolou, a může tak dojít k předčasné ejakulaci. Další metodou jsou spermicidní prostředky zkracující život spermie a tím snižující pravděpodobnost dostižení vajíčka. Jsou používány ve formě gelů, krémů nebo tablet zaváděných do pochvy. K bariérovým metodám patří také pesary a cervikální kloboučky, jež se vkládají před stykem do pochvy, kde zakrývají děložní čípek a tvoří zábranu před vniknutím spermie do pochvy. Pro zvýšení spolehlivosti se doporučuje užívání společně s kondomem, který je velmi spolehlivý, jednoduchý a dostupný, navíc chrání před pohlavně přenosnými chorobami (Marádová, 2000).

Hormonální metody ovlivňují hormonální poměry v organismu, v důsledku čehož zabraňují ovulaci a tím znemožňují oplodnění. Hormonální antikoncepce je dostupná pouze na lékařský předpis a její užívání vyžaduje pravidelné prohlídky gynekologem. Užívá se ve formě tablet, které se užívají každý den od prvního dne menstruace po dobu 21 dnů, po nichž následuje sedmidenní pauza a použití nového balení. Během přestávky dochází k slabému krvácení. Dalším způsobem jsou hormonální implantáty, které se aplikují pod kůži a po dobu pěti let uvolňují hormony do krevního oběhu. Jejich účinek lze kdykoliv zrušit vyjmutím od lékaře. Hormonální antikoncepci nemohou užívat všechny ženy: není vhodná pro osoby s nadměrnou hmotností, vysokým tlakem a pro kuřačky. Někdy se mohou projevit vedlejší účinky, jako je bolest hlavy a zvyšování hmotnosti (Marádová, 2000).

Třetí antikoncepční metodou je nitroděložní tělísko, jež snižuje pravděpodobnost oplození vajíčka a brání v případě oplozeného vajíčka jeho uhnízdění v děložní sliznici. Zvyšuje možnost infekce a může způsobit poranění děložního hrdla, nehodí se pro ženy, které nikdy nerodily. Poslední metodou je sterilizace, tedy chirurgický zásah, jenž navždy zabrání početí dítěte. V případě selhání některé z antikoncepčních metod existuje postkoitální antikoncepce, jedná se ale spíše o časný potrat oplozeného vajíčka s vysokou koncentrací hormonů (Marádová, 2000).

Probíhající těhotenství lze uměle ukončit ještě před dosažením životaschopnosti plodu zákrokem zvaným interrupce. Ten lze v České republice provést ve zdravotnickém zařízení na vlastní žádost ženy do 12 týdnů; nicméně ze zdravotních důvodů lze těhotenství ukončit do

24 týdnů. Chirurgická interrupce se provádí v celkové anestezii, kdy dilatátory rozšíří děložní hrdlo a plod je následně vypuzen kanylou nebo kyretou z děložní dutiny. Chemická interrupce se provádí užíváním tablet mifepriston a misoprostol, jimiž lze těhotenství ukončit do 49. dne. Dochází k ní v ambulantním režimu lůžkového zdravotnického zařízení bez použití celkové anestezie – nejprve se podá mifepriston, který usmrcuje plod, a po 48 hodinách misoprostol, jenž plod vypuzuje z dutiny děložní (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019).

Přerušeni těhotenství vede ke zdravotním i psychickým důsledkům. Ze zdravotních bychom zmínili především perforaci stěny děložní či zánět pohlavních orgánů, dutiny břišní nebo nitroděložní srůsty – všechny tyto komplikace mohou vést k nemožnosti budoucího otěhotnění, k samovolným potratům nebo předčasnému porodu. V rovině psychických důsledků žena prožívá pocity viny, úzkostné stavy a deprese (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019).

Nejvhodnější věk pro první otěhotnění je od 21 let až 25 let. V tomto věku je žena biologicky zralá na těhotenství, má dokončené vzdělání a po fyzické i psychické stránce připravená na mateřství. Před rozhodnutím o početí by se partneři měli poradit s lékařem o výskytu genetických onemocnění v rodině. Dále upravit svou životosprávu, kdy je nutno stravu obohatit o vitaminy a minerální látky, a naopak vyvarovat se tukům, soli a návykovým látkám (Machová & Kubátová, 2015).

Prevence ve formě sexuální výchovy nepředstavuje pouze přípravu na sexuální život, ale slouží také k výchově v mezilidských vztazích – předchází nechtěnému těhotenství, interrupci, promiskuitě, vzniku sexuálně přenosných nemocí a řeší psychologické problémy s partnerským soužitím (Titmanová, 2019).

Cílem sexuální výchovy je posílení vlastní identity, získání komunikačních dovedností, náboženské znalosti a seznámení s kulturními, sociálními a etickými normami. Předává tak dospívajícím témata týkající se lásky a plodnosti v přirozených souvislostech., chrání mladé lidi před negativním sexuálním vývojem a vede je k zodpovědnosti za vlastní sexuální zdraví. Na sexualitu je nutno pohlížet jako na pozitivní hodnotu, která je zdrojem uspokojení a potěšení. Každé dítě má právo na věkově přiměřenou sexuální výchovu založenou na mezinárodních právech (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019).

Sexuální výchova se v České republice vyučuje prostřednictvím předmětu *Výchova ke zdraví*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy stanovuje koncepci předávání výchovy, formy a metody výuky a doporučuje, aby sexuální výchova ve škole navazovala na výchovu v rodině, která by měla být hlavním zprostředkovatelem informací. Sexuální právo patří mezi základní

lidská práva. Všechny osoby mají právo na nejvyšší možné sexuální zdraví a přístup k lékařské péči, možnost volit partnera a vést sexuální vztahy na základě vzájemné dohody, na respekt k tělesné integritě, na vzdělání v oblasti sexuality a na rozhodnutí, zda mít děti a zda vést uspokojující a bezpečný sexuální život (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019).

Další formou prevence rizikového sexuálního chování je lékařská sexuologie zabývající se diagnostikou, posuzováním, terapií a prevencí sexuálních poruch. Úzce spolupracuje s dalšími lékařskými obory, např. gynekologie, psychologie, urologie, dermatovenerologie a další. Hlavním tématem je lidská sexualita, na níž je třeba pohlížet z různých úhlů věd (Koliba, Weiss, Němec, & Dibonová, 2019).

Ženy a muži jsou schopni zhodnotit své sexuální chování rovnocenně. Při vztahu mezi partnery je nutná vzájemná úcta, důraz na hodnoty a ohled na pocity partnera (Havlíková, Drábková, & Vymětal, 2013).

### 3 Zážitková pedagogika

V poslední teoretické části této diplomové práce se věnujeme zážitkové pedagogice jako možnému nástroji prevence rizikového chování. Stěžejní jsou emoce, které prožíváme, záleží na jejich intenzitě – jak silný bude otisk konkrétní situace a zda ho vnímáme kladně, či záporně. Intenzivní prožitky přinášejí pro nás nové situace a nové poznání sebe sama. Oproti tomu zážitek představuje něco přesahujícího než pouhý prožitek. U zážitku dochází k procesu uvědomění a zvnitřnění. Posledním důležitým termínem v zážitkové pedagogice je slovo zkušenost, která představuje výsledný otisk, jak člověk jedná v konkrétních situacích (Kirchner, 2009).

Metody zážitkové pedagogiky jsou velmi vhodné k ovlivňování lepších vztahů a novým kontaktům v rámci třídního kolektivu. Dochází tedy k pozitivnímu působení na celkové klima třídy. Do aktivit se zapojují i žáci, kteří se za normálních okolností nezapojují. Jedná se často i o ostýchavé jedince, žáky s problémy včetně cizinců. Domníváme se, že tuto pedagogickou disciplínu je z tohoto důvodu zařadit do vzdělávání učitelů na pedagogických fakultách, neboť ji učitelé můžou využít v předmětech, které se na základní škole vyučují, a také při práci s kolektivem v rámci práce třídních učitelů a metodiků prevence (Vališová & Kasíková, 2011). Zároveň je možné rozvíjet všech 5 klíčových kompetencí žáka, a to jsou:

- *kompetence komunikativní;*
- *kompetence k řešení problému;*
- *kompetence sociálně právní;*
- *kompetence občanské;*
- *kompetence k učení* (Vališová, & Kasíková, 2011, str. 128).

Mezi prostředky zážitkové pedagogiky patří tyto činnosti:

- pohybové aktivity v přírodě;*
- umělecké aktivity;*
- sociálně-psychologické aktivity;*
- společenské aktivity;*
- kognitivní aktivity;*
- technické aktivity;*
- informační a mediální aktivity* (Šauerová, 2013, str. 9-10).

Zážitková pedagogika pracuje s několika teoretickými východisky. Maslowova teorie potřeb a vrcholného prožitku je podle Kirchner (2009) jednou z nich. Maslow nejprve studoval opice

a všiml si, že některé potřeby mají přednost před jinými. Například, když máme hlad a žízeň zároveň, nejprve uhasíme žízeň a až poté se najíme, protože bez vody vydržíme výrazně kratší dobu než bez jídla. Na základě toho vytvořil svou teorii o hierarchii potřeb. Nejzákladnější potřeby jsou potřeby fyziologické. Ty zahrnují potřebu vzduchu, živin, vody, spánku a sexu. Jakmile jsou tyto potřeby uspokojeny, je nutné naplnit potřebu bezpečí. Pod tímto názvem si můžeme představit potřebu bydlení, stálé práce, jistotu důchodu a tak podobně. V momentě uspokojení i této potřeby jedinec začíná potřebu mít přátele, partnera a chce být součástí komunity. Poté vyhledává uznání, respekt a sebeúctu. Tyto čtyři základní druhy potřeb jsou nutné pro udržení zdraví a kvality života. Poslední navazujícím typem potřeb je sebeaktualizace a seberealizace, která udává směr a rozvoj našim schopnostem. Zážitková pedagogika s možnostmi naplňování těchto potřeb pracuje. Zážitkový program probíhá v předem definovaném čase a na bezpečném místě. Program je prokládán přestávkami, aby došlo k uspokojení fyziologických potřeb. Učitel s žáky formuluje pravidla, motivuje je, jedná s žáky s respektem a podporuje kamarádské vztahy v třídním kolektivu. Díky zážitkům v konkrétních aktivitách si jedinec může tyto okolnosti života uvědomit a může se dále rozvíjet k žití naplněného života (Kirchner, 2009).

Dalším teoretickým východiskem je Kolbův zkušenostní model učení. V tomto modelu je konkrétní zkušenost vyzdvíhena před abstraktní. Přeměnou konkrétní zkušenosti v učebním procesu získává žák nové vědomosti. Tento model se skládá ze čtyř stupňů. Prvním stupněm je konkrétní aktivita, kdy skupina je zapojena do řešení úkolu. Druhým stupněm je ohlédnutí a reflexe. Skupina zde popisuje, jak podle nich proběhla konkrétní aktivita. Třetím stupněm je zobecnění, ve kterém učitel pomáhá vyzdvihnout klíčové momenty pro plnění aktivity. Posledním stupněm je aktivní zkoušení, kdy skupina formuluje plán, co by příště provedla jinak, aby splnila efektivněji daný nebo podobný úkol (Hanus & Chytilová, 2009). Zkoušením se získávají nové zkušenosti a cyklus se opakuje. Jedná se tedy o cyklický proces, kdy můžeme začít jakýmkoliv stupněm (Kirchner, 2009).

V zážitkové pedagogice má nezastupitelnou roli metoda motivace. Ta vyjadřuje hybné síly, které hýbou našim chováním a jednáním. Motivace nás vede k rozhodování a vše, co učiníme, má účel, tedy motiv. Ten společně s potřebami dává impuls ke konání. Motiv není jenom jeden, ale bývá jich celá řada. Když mám smysluplný cíl a zároveň intenzivní puzení k jeho dosažení, tak chci tento cíl splnit a začínám analyzovat, jakou nejjednodušší cestou se vydám ke zdárnému splnění cíle. Při jeho dosažení postihuje jedince záplava štěstí, které je přímo úměrné k úsilí, jaké jedinec vynaložil. Cesta k dosažení cíle je lemována překážkami, které mohou být

vnější (obtížnost úkolu) a vnitřní (strach z neúspěchu, malé sebevědomí) (Hanuš & Chytilová, 2009).

František Tichý (2017, str. 82) rozlišuje tři hlavní okruhy motivace:

- a. *kognitivní* – chci poznat nové věci;
- b. *výkonová* – chci dokázat, že to zvládnou;
- c. *sociální* – dělám to kvůli někomu.

Jako efektivní prostředek pro motivaci je považována práce s výzvou. Plněním náročných úkolů můžeme urychlit vývoj dítěte. Tomu se věnuje koncept flow. Tento pojem zavedl americký psycholog maďarského původu Csikszentmihalyi. Do češtiny se překládá jako stav plynutí. V momentě, kdy výzva odpovídá našim schopnostem, člověk se dostává do stavu flow. Tento stav překračuje koncentraci a můžeme ho přirovnat až k meditaci. Dochází k ponoření do aktivity a zapomínání času, nic není tak důležité jako daná aktivita. U každého jedince dochází k tomuto stavu při různých aktivitách, většinou to bývá něco nového, a tedy intenzivně prožíváno. Můžeme ho dosáhnout, i když v určité činnosti nevykazujeme velkou úroveň dovedností. Tento stav má potenciál k osobnostnímu růstu jedinců. (Kirchner, 2009).

Výzvou se též zabývá teorie komfortní zóny. Ta hovoří o 3 zónách. První zónou je komfort, bezpečí a nuda, kde serváváme většinu života a cítíme se v ní bezpečně, přináší nám prožitky o nízké intenzitě. Prostřední zónou je stres a učební diskomfort. Tato oblast má největší potenciál pro osobnostní rozvoj jedinců. Jakmile vykročíme do této zóny, dostáváme nové intenzivnější prožitky, vyrovnáváme se s nepříjemnými situacemi a něco nového se naučíme. Tímto si posouváme svou komfortní zónu. V této zóně se můžeme dostat do již zmíněného stavu flow. Poslední zónou je ohrožení až panika. Do této zóny se dostáváme, když přeceníme své síly, a tak danou situaci nezvládneme nebo ji zvládneme, ale s extrémně negativními pocity. Zde se komfortní zóna zmenší, a to má za následek, že z dříve bezproblémových situací máme obavy a začínáme se jim vyhýbat (Kirchner, 2009).

### 3.1 Hra jako metoda v zážitkové pedagogice

Prostředkem zážitkové pedagogiky k vyvolání prožitku je hra. Ta provází lidstvo od jeho vzniku. Ve hře nalzáme zkušenost, zábavu, poučení i přátele. Při hře se dítě svobodně projevuje, a tak ho můžeme lépe poznat a působit na něj. (Němec, 2002).

Protože pojem hra je velmi široký, tak ji různí autoři definují rozdílně. Makarenko (1953, str. 299) přirovnává hru k práci, kdy její výchovný rozměr spočívá ve „*výchově dobrého občana – pracovníka socialistické společnosti. Hra působí dítěti radost. Stejnou radost přináší také dobrá práce. Dobrá hra je podobná dobré práci, špatná hra je podobná špatné práci. Hra bez úsilí, bez aktivní činnosti je vždy špatná hra.*“

Jan a Věra Tauberovi (1977, str. 15) ve své studii o hře napsali: „*Hra je zpravidla zábavné a často i napínavé a soutěživé znázornění života nebo cvičení pro uplatnění v životním procesu, eventuálně hledání správného řešení podmínek existence uplatňováním schopností (dovedností, zdatnosti nebo půvabu).*“

Poslední definici hry zmíním od Miloše Zapletala (1986, str. 17), který chápe hru jako „*proces aktivní, dynamický, zaměstnávající v menší či větší míře duševní i tělesné schopnosti, které současně cvičí a rozvíjí.*“

Specifikum didaktické hry je v tom, že při ní dochází k fixaci učební látky. Využíváme toho, že hra probouzí u žáků zájem, aktivizuje je a zvyšuje jejich motivaci, dokonce probouzí u nich i soutěživost. Podle Zormanové (2014) je důležité držet se při přípravě didaktické hry těchto kroků, protože špatně připravená hra nemusí vést k pozitivním výsledkům:

- A. stanovení cíle hry;
- B. ověření připravenosti na hru;
- C. stanovení pravidel;
- D. volba vedoucího hry;
- E. vymezení způsobu hodnocení;
- F. organizace prostoru;
- G. stanovení časové dotace (Zormanová, 2014, str. 150).

Na rozdíl od didaktických her je třeba pracovat s hrou pro rozvoj sociální dynamiky trochu odlišně. Podle Valentové (2013B) se stanovení pravidel hry může zdát učitelům jako banální záležitost, avšak zkušenost říká, že je to umění, které se praxí dá zdokonalit. Učitel totiž nesmí předpokládat, že všichni žáci danou hru znají. Pro správnou funkčnost hry by se měl snažit, aby byla pravidla všem napoprvé jasná, proto je nutné po samotném vysvětlení pravidel dát žákům

prostor pro otázky. Toto řadíme do *fáze evokace*. Druhou fází je *uvědomění*. Žáci zažívají nové prožitky, situace. Využívají spolupráce, mohou vyhrávat či prohrávat, objevovat své silné nebo slabé stránky. Poslední fází je *reflexe*, kdy učitel dobře připravenými otázkami může zmapovat, co děti ve hře prožily. Díky reflexi učitel pomáhá žákům pochopit význam hry a dotknout se témat, která jsou pro třídu důležitá a zároveň si žáci mohou uvědomit své přednosti nebo také přednosti svých spolužáků, což přispívají k soudržnosti skupiny (Valentová, 2013B).

Funkční hra záměrně evokuje produktivní myšlení k řešení problémových situací. Nezbytným zakončením hry je diskuse. Ta spojuje průběh hry a její výsledek s aktuálně probíraným učivem. Dále pomáhá učiteli zjistit možné problémy ve hře a dává mu možnost hru pro další použití vylepšit. Specifickým druhem hry je soutěž. Rozdíl je v tom, že některé hry jsou zaměřeny na seberealizaci jedinců nebo skupiny, oproti tomu u soutěží je důležitá rivalita a umístění. Hry jsou založeny na spontánní komunikaci. Rozvíjí tedy sociálně interaktivní dovednosti a rovněž podněcují u žáků zájem o probírané učivo (Vališová & Kasíková, 2011).

Zážitková pedagogika popisuje hru jako jeden z nejideálnějších prostředků k osobnostnímu rozvoji jedinců. Lze s ní rozvíjet všechny vlohky a ovlivňovat postoje, zájmy a potřeby žáků. Výchovný cíl pak je to, kam zaměřuje hrou pedagog své úsilí. Tyto hry můžeme rozdělit podle toho, jakou složku inteligence u žáků rozvíjí, následovně:

- a) *jazykové*;
- b) *hudební*;
- c) *matematicko-logické*;
- d) *prostorové*;
- e) *pohybové*;
- f) *intrapersonální* – vyznat se sám v sobě;
- g) *interpersonální* – schopnost vcítit se do jiných jedinců;
- h) *k budování vztahu k přírodě*;
- i) *kombinované* – prověřuje se celá osobnost;
- j) *pomocné* – slouží k rozehřátí (Hanuš, & Chytilová, 2009, str. 115).

Zdrojem námětů hry pro pedagogy mohou být různé kurzy v rámci celoživotního vzdělávání, osobní zkušenosti nebo nápady kolegů. Občas se v námětech odráží vlastní vzpomínky pedagogů na dětství a dospívání. Pro uchování námětů je dobré vytvořit si zásobník her, kde se uvede popis, pravidla, pomůcky, časové podmínky a průběžně si je pedagog aktualizuje. Hra se totiž stále vyvíjí v závislosti na změnách, které se dějí ve společnosti (Hájek, Hofbauer, & Pávková, 2011).

Hry mají uplatnění pro jakoukoliv cílovou skupinu a pro širokou škálu situací, ať už je to školní družina, letní tábor nebo běžná výuka, dokonce bývá hra zařazována na začátek různých školení dospělých nebo workshopů. Je pro jedince zábavou a přináší uvolnění, navíc ho může naučit více dovedností než pouhý výklad. Při hře se účastník učí ovládat se, poznává své limity a vlastně i sám sebe, a proto se podílí na ovlivnění charakteru hráče. Naučit dítě fair play je důležité pro výchovu čestného a poctivého člena ve společnosti (Procházková Michálková, 2023).

Dalšími obory, které pracují se zážitkem je dramatická výchova a artefietika (Slavík, 1997).

V dramatické výchově je klíčovou metodou hra v roli. Role je založena na hraní chování postav v určitých situacích, tedy podmínkách v daném místě a čase. Při hraní dochází k osobnostnímu rozvoji a rozšiřování sociálních kompetencí, jako je například zvládání složitých situací v životě nebo řešení konfliktů. Tímto se zabývá dramatická výchova, která má estetický a umělecký rozměr (Císovská, 2012).

Pro realizaci hry v roli je třeba zacházet tvůrčím stylem se scénářem, protože chceme, aby účastníci jednali v určitém konfliktu postav podle sebe, improvizovaně. Tímto přicházejí k novým zkušenostem, a to ve chvíli, kdy se rozhodují. Dramatická výchova využívá příběhy ze života, na kterých se účastníci učí něco o sobě a o důležitých životních situacích, tedy formou vlastního prožitku (Machková, 2013). Petty (1996) zdůrazňuje, že při přípravě je nutné mít jasno, čeho chceme dosáhnout v sociálním učení a podle toho naplánovat činnost. Ale na rozdíl od dramatické výchovy říká, že jestliže chceme procvičit určitou dovednost, je vhodné žákům podat návod potřebné techniky a poté předvést, jak mají činnost správně provést. V případě, že žákům dává učitel scénář, je nejlepší mít ho v písemné podobě pro každého a pomocí krátkých instrukcí zdůraznit cíl každé role. Připouští ale, že můžeme využít metodu objevování, kdy se žáci učí přímo z této činnosti. Někdy je i výhodné zadat ve skupině někomu roli pozorovatele, který pozoruje jednání ostatních v rolích a toto pozorování může být styčným bodem diskuse (Petty, 1996). V případě prevence rizikového chování bychom mohli využít oba přístupy. Jestliže otevíráme téma, použijeme metodu objevování, tedy zážitek rozhodování při řešení situace. Naopak pro nácvik jednání využijeme nápodobu podle scénáře (např. odmítnutí drogy). Prvním stupněm hry v roli je simulace. Zde hráč je sám sebou, ale vystupuje pod určitou rolí nebo pod určitým postojem. Dalším stupněm je alterace, kdy hráč se stává určitou postavou a charakteru této role si charakterizuje sám. Pro hry v roli můžeme využít i improvizaci, což je taková hra bez přípravy (Machková, 2013).

Hry v roli nabízí bezděčné učení, kdy jedinec má možnost se zařadit ve vrstevnické skupině. Učí žáky řešit konflikty a spoluvytvářet příjemné prostředí ve skupině. Dále vytváří pocit jistoty a bezpečného prostředí, která se podílí na tvorbě zdravého sebevědomí, optimismu a pozitivního myšlení v dospělosti (MŠMT, 2010B).

Propracované hry v roli označujeme jako simulační hry. Jedná se například o válečné hry, simulace řízení dopravního prostředku nebo například student učitelství simuluje výuku u zkoušky. Tyto hry vnášejí do výuky prvky reality a zkušenosti, které by jinak žáci neměli příležitost získat. Velmi často můžeme tento typ her vidět na školách při výuce podnikání, první pomoci nebo třeba již zmíněného učitelství (Petty, 1996).

Mezi jiný esteticko-umělecký typ výchovy zážitkem je artefiletika, která spojuje umění s dialogem. Žák má příležitost odhalit své psychické možnosti a meze, učí se k citlivosti druhým osobám a připravuje ho k duchovnímu růstu. Artefiletika se od výtvarné výchovy liší reflexí, která je její nutnou součástí (Potměšilová & Sobotková, 2012). Nesmíme zapomenout na výchovu pomocí hudby, neboť má zásadní význam pro lidskou psychiku (Beníčková, 2017).

Artefiletika i dramatická výchova pracují s emocemi, a proto bývá zážitek silnější. Učení probíhá autenticky, ale může i jedince ohrozit. Psychická bezpečnost je v tomto případě podstatná (Hrabal, Man, & Pavelková, 1984). Příkladem může být prevence poruch příjmu potravy, jestliže se týká někoho ve třídním kolektivu. V takovém případě upřednostňujeme emociálně neutrální aktivity, které si takový jedinec nebude brát osobně nebo nebudou kolektivem zneužity (Machová & Kubátová, 2015).

Hra, zábava a radovánky se nemusejí odehrávat jen na půdě školy, ale i ve virtuálním prostředí. Spojení informace a zábavy můžeme nalézt v televizních dokumentech, vědomostních soutěžích, v některých filmech, ale i televizních seriálech. Propojení informace se zábavou má svůj odborný termín infotainment a je nedílnou součástí všech dostupných mediálních produkcí (Bělohlová, 2020).

Příprava a tvorba zážitkového projektu má podle Hanuše a Chytilové (2009, str. 18) tři části:

- I. *ante factum* = ideální scénář;
- II. *factum* = reálná dramaturgie, účastník u toho prožívá;
- III. *post factum* = ideální dramaturgie, dochází ke zhodnocení, případně k úpravě scénáře hry.

Na začátku zážitkového projektu jsou účastníci plni představ. Jestliže se nám povede naplnit jejich očekávání, stoupne jejich naladění, proto je nutné v úvodu zařadit takové aktivity, které

slouží k urychlení seznámení skupiny. Poté následuje středová fáze, která je určena k naplnění hlavního cíle akce, a to bývá získávání znalostí a dovedností. Závěrečná fáze je pak zaměřena na upevnění těchto znalostí a dovedností a jejich aplikaci (Hanuš & Chytilová, 2009).

### 3.2 Role reflexe v zážitkovém učení

Pro zážitkovou pedagogiku je typické zakotvit prožitek do širších souvislostí, analyzovat cíle navozovaných situací, cíleně vyvolat prožitek, zpracovat prožitek a převést do zkušeností (Hanuš & Chytilová, 2009). Autoři tím odůvodňují roli reflexe, při které otázkami usměrňují uvažování osob při zpracování zážitku. Navozují se situace, jimž se jedinec ve skupině nemůže vyhnout a musí se spolehnout na své duševní a tělesné síly a tím získává nové zkušenosti (Hájek, Hofbauer, & Pávková, 2011). Reflexe tedy podporuje fázi učení (Hanková, 2019).

Reflexe se dá považovat za proces zpracování údajů. Učí jedince vidět své jednání prostřednictvím jednotlivých prožitků a díky tomu dochází k sebepoznání. Dále je příležitostí k výměně názorů mezi lidmi a vzájemného sdílení prožitků z aktivity. Význam reflexe můžeme připodobnit k principu trychtýře. V průběhu reflexe se prožitky prolévají přes šest typů otázek, které můžeme připodobnit k filtru. Kirchner (2009, str. 109) tyto filtry pojmenovává následovně:

1. *Posouzení – Jak jste se zapojili do aktivity?*
2. *Vyvolávání a vzpomínání – Vzpomínáš si na příklad výborné spolupráce?*
3. *Působení a účinek – Jaké emoce jsi prožíval? Jak se to projevilo na plnění úkolu?*
4. *Shrnutí – Co jsi se aktivitou naučil?*
5. *Aplikace – Jaká je souvislost mezi touto aktivitou a běžným životem?*
6. *Závazek a rozhodnutí – Co příště uděláš jinak?*

Provádění reflexe má velké nároky na dovednosti učitele. Pro efektivní průběh reflexe je důležité i za jakých podmínek probíhala. Dobře provedená reflexe může přinést mnoho pozitivního i ze špatně provedené hry. Můžeme jí ošetřit emočně vypjaté situace, kdy by bylo ohroženo psychické bezpečí účastníků. Dále lze rozklíčovat nefunkční skupinové procesy a díky rozboru jejich příčin zahájit změnu (Kirchner, 2009).

Způsobů provádění reflexe je celá řada. Nejčastěji se používá strukturovaný skupinový rozhovor. Zde je vhodné, aby si učitel připravil strukturu otázek včetně časového rozvržení, jak dlouho se chce danou otázkou zabývat. Druhým způsobem je dramatizace zážitku. Jestliže máme vícedenní program, můžeme zážitek reflektovat například pomocí divadelní hry. Třetí metodou může být ukázání aktuální nálady pomocí pozice palce, což je vhodné pro úvodní nebo kratší aktivity. Dalším způsobem může být umělecké zpracování pomocí výtvarného či literárního díla na dané téma. Dále se používají hrací karty, kdy při vytažení červené barvy musí

účastník říct pozitivní zážitek z aktivity a při vytažení černé negativní. Také se používá metoda nedokončených vět, kdy účastník řekne větu a další pokračuje (Kirchner, 2009).

### 3.3 Zážitekové programy zaměřené na prevenci rizikového chování

Pro prevenci rizikového chování využitím zážitkové pedagogiky jsou vypracované celé metodiky programů, které se na školách realizují. Prvním programem, který se v praxi velmi často realizuje jsou Zipyho kamarádi. Jedná se o koncept, který se vyučuje v mateřských a základních školách, ideálně ve věkovém rozmezí dětí 5-7 let. Realizuje se během 24 vyučovacích hodin v průběhu celého školního roku. S touto metodikou může pracovat jen proškolený pedagog (délka školení 17 vyučovacích hodin). Tento program připravila nezisková organizace E-clinic, z. ú. ve spolupráci s Pražským centrem primární prevence. Zipyho kamarádi mají 6 modulů, kdy každý modul obsahuje svůj vlastní příběh zejména o Zipym, jeho kamarádech a kamarádkách. V příbězích tito hrdinové čelí různým životním situacím, jakými je ztráta kamaráda, šikana, změna prostředí a snaha znovu začít. Příběh je doplňován obrázky, aktivitami, jako je hra, hra v roli, kreslení. Program děti naučí:

- řešit konflikt;
- naslouchat;
- umění omluvit se;
- požádat o pomoc a pomáhat ostatním;
- hovořit o svých pocitech a identifikovat je;
- udržet a vytvářet přátelství i vyrovnat se se ztrátou;
- přizpůsobit se novým situacím.

Dalším programem od stejné organizace jsou Jablíkovi kamarádi. Tento program je vhodný pro žáky 1. stupně, kde se děti učí a rozvíjejí copingové strategie (strategie napomáhající zvládnání stresových situací) a sociální dovednosti. Metoda Jablíkovi kamarádi vychází z metody Zipyho kamarádi, ale s tím rozdílem, že příběhy mají otevřený konec. Žáky provází příběhem dvojčata Lenka a Tonda společně s jejich lidskými i zvířecími kamarády. Tématy jsou například rozvod rodičů, narození sourozence a další (E-clinic, nedatováno).

Oba programy, jak Jablíkovi tak i Zipyho kamarádi, se drží zásad zážitkové pedagogiky, kdy jsou aktivity vždy doplněné reflexí, což je pro tuto pedagogickou metodu stěžejní.

Posledním programem od této organizace je SPARK Resilience, který je určený pro žáky 10–15 let, tedy spíše pro žáky 2. stupně základní školy. SPARK Resilience je zaměřena na budování psychické odolnosti, copingových strategií a emočně-sociálních dovedností. Program čerpá z pozitivní psychologie, kdy žáky učí pracovat s jejich silnými stránkami, ovládat své emoce a poskytuje jim nový úhel pohledu, mění tak navyklé způsoby myšlení (E-clinic, nedatováno).

Program SPARK Resilience je zaměřen na vnitřní prožívání emocí dospívajících. Příběh programu není tak výpravový, jak u předchozích programů. Nalezneme zde techniky artefietiky, rovněž vždy pracuje s reflexí.

Organizace Magdaléna, o. p. s. zaštiťuje vzdělávání pedagogů v programu Kočičí zahrada. Toto školení trvá 14 hodin, realizuje se ve dvou dnech. Jedná se o mezinárodně uznávanou metodiku, která pomáhá u žáků rozvíjet emociální, komunikační a sociální dovednosti prostřednictvím vyprávění příběhů koček, kterým se dějí rozličné životní situace (Magdaléna, nedatováno). Program Kočičí zahrada splňuje zásady zážitkové pedagogiky. Nalezneme zde různé metody, od práce s obrázkem, práci s příběhem až po hru v roli. Každá lekce je završena reflexí.

Státní zdravotní ústav realizuje například program Hrou proti AIDS. Jedná se o preventivní aktivitu zaměřenou na primární prevenci před nechtěným těhotenstvím a sexuálně přenosným infekcím. Žáci v 5 skupinách překonávají 5 stanovišť zaměřených na různá témata, ujasní si své postoje a získají hrou nové znalosti. Hra je určena pro 8. a 9. ročníky na základních školách. Dalším programem od Státního zdravotního ústavu je Dej si taky #dikynechci!. Jedná se o hru, která je zaměřena na prevenci před návykovými látkami. Představuje rizika jejich užívání, upozorňuje žáky, kde a kdy se s těmito látkami mohou setkat, učí děti spolupracovat a ovlivňuje jejich postoje. Žáci jsou pomocí pětibarevných náramků rozděleni náhodně do skupin, kdy každá vypracovává pracovní list a poté žáci společně plní úkoly na stanovištích. Tam se seznamují s příběhem jedné postavy, sbírají indicie k tajemnému předmětu, který společně otevrou (SZÚ, nedatováno). Jedná se o krátký program, kdy během 90 minut žáci prožijí intenzivní prožitky z různých metod zážitkové pedagogiky. Program zakončuje reflexe.

Na základní škole Šimanovská v Praze Kyjích realizovali projekt na téma šikana a přijetí nového spolužáka. Celý projekt propojuje příběh spolužáků popisující situací z různých úhlů pohledu. Část příběhu inscenují lektori, část žáci čtou a poslední část hrají v rolích žáci. Příběh doprovázejí pohybové hry, práce s obrázky, brainstorming a po každém oddílu reflexe. Tento projekt je určen pro 6. třídu a časovou dotaci má 4 vyučovací hodiny (Machková, 2013). Tento projekt bychom doporučili zkušeným pedagogům, kteří umí efektivně pracovat s reflexí.

#### **4 Analýza dotazníkového šetření – využití zážitkové pedagogiky k prevenci rizikového chování na vybraných základních školách**

Tato kapitola je praktickou částí diplomové práce. Obsahuje nejprve přesné stanovení cíle a metodologii dotazníkového šetření mezi metodiky prevence. Dále je zařazena podkapitola Interpretace dotazníkového šetření, kde popisujeme výsledky jednotlivých položek dotazníku. Poslední částí je podkapitola Závěry analýzy, kde shrneme důležitá zjištění, uvádíme souvislosti s ohledem na zařazování metod zážitkové pedagogiky do života školy (při práci se třídou i ve vyučování).

## 4.1 Cíl a metodologie šetření

Cílem práce je zjistit, jaká je zkušenost metodiků prevence s využíváním zážitkové pedagogiky v prevenci rizikového chování v závislosti na výskytu daných typů rizikového chování na školách, kde působí. V praktické části analyzujeme výstupy dotazníkového šetření, které proběhlo mezi metodiky prevence vybraných pražských škol. Zajímalo nás, zda metodici prevence v prevenci rizikového chování u žáků využívají aktivity vedoucí k zážitku, o jaké aktivity se jedná a jestli vůbec zážitková pedagogika vyhovuje jejich učebnímu stylu. Dílčím cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, s jakými druhy rizikového chování u žáků se metodici ve své praxi setkávají, co je nejčastější a co vnímají jako nejzávažnější. Zajímalo nás, zda školy realizují prevenci rizikového chování, jakým způsobem – zda si objednávají služby externí organizace, nebo realizují svépomocí, jak mají personálně zajištěné školní poradenské pracoviště, zda realizují třídnické hodiny, vyučují výchovu ke zdraví jako samostatný předmět a v neposlední řadě dílčím cílem tohoto výzkumu byla otázka, zda metodikové vůbec vědí, co je zážitková pedagogika.

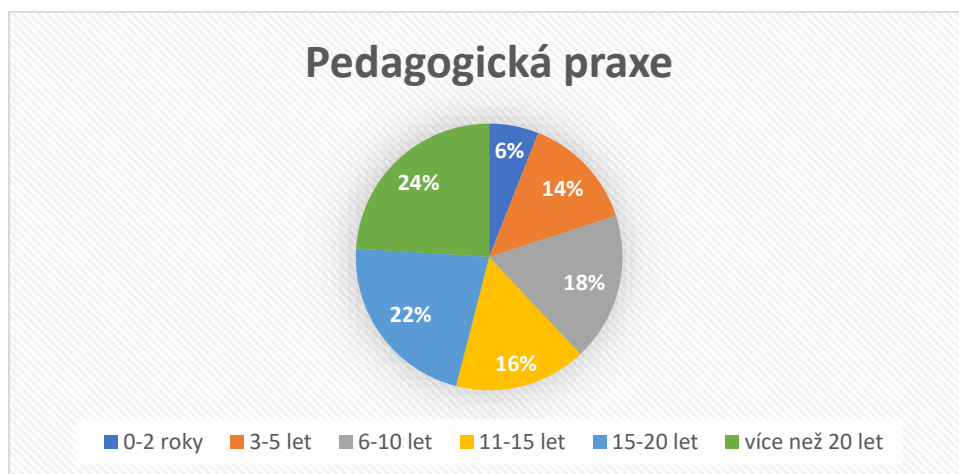
Výzkum probíhal od 13. října do 13. listopadu 2023 formou osobních schůzek s metodiky prevence, a to především na základních školách. Dotazník vyplnilo 50 metodiků prevence z 50 různých školských zařízeních nacházejících se v Praze.

Dotazník obsahoval celkem 17 otázek, kdy otázky č. 5 a 6 byly škálové, otázky č. 1, 2, 4, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17 byly uzavřené s jedinou možnou odpovědí, u ostatních bylo možné vybírat více odpovědí, případně doplnit svou vlastní v kategorii „jiné“. Úvodní tři otázky vedou ke statistickému zjištění délky praxe a personálního zajištění školního poradenského pracoviště. Zbývající otázky jsou zaměřeny na samotné metodiky prevence – na jejich zkušenosti a názory. Výsledky jsou zpracované do grafů nebo tabulek. Na konci dotazníku jsme vyhradili prostor pro případný komentář. Dotazník zařazujeme do přílohy č. 1.

Všichni účastníci výzkumu byli poučeni o účelu šetření, jeho anonymitě a požádáni o samostatné a pravdivé vyplnění.

## 4.2 Interpretace dotazníkového šetření

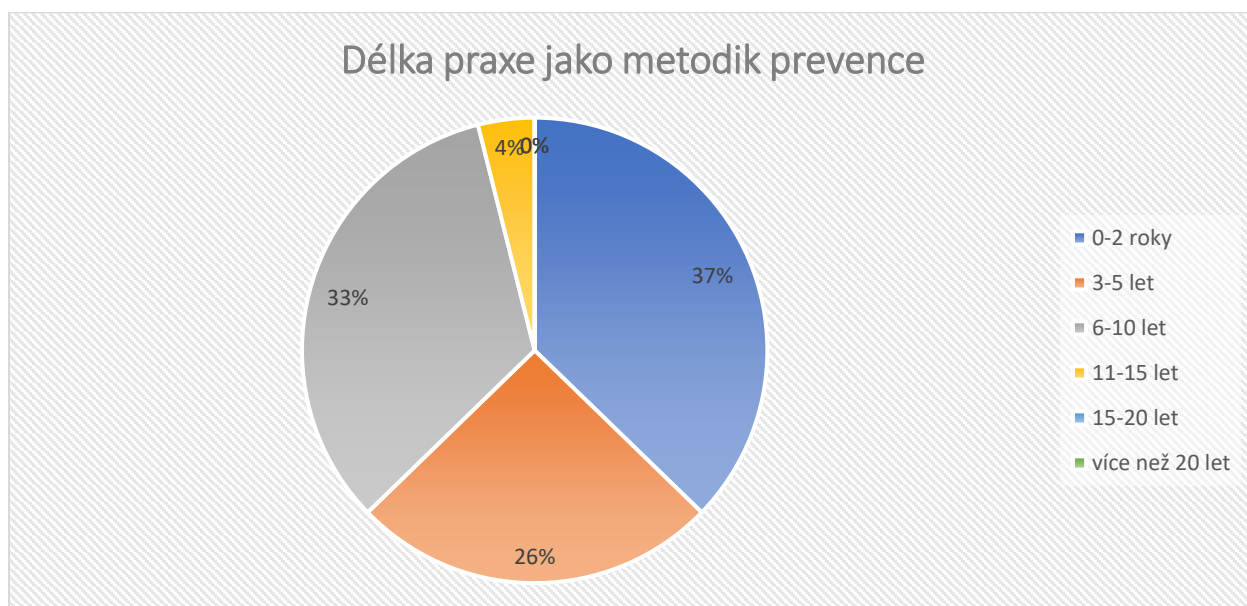
Otázka č. 1: Jak dlouhou máte pedagogickou praxi?



Obrázek č. 1: Graf znázorňující délku pedagogické praxe respondentů.

Z 50 účastníků výzkumu měli 3 metodici délku pedagogické praxe 0-2 roky (6 %), 7 metodiků mělo praxi v rozsahu 3-5 let (14 %), 9 respondentů pracovalo na pozici pedagoga 6-10 let (18 %), o jednoho respondenta méně mělo délku pedagogické praxe 11-15 let (16 %), 11 účastníků 15-20 let (22 %) a nejvíce, tedy 12 metodiků, mělo pedagogickou praxi delší než 20 let (24 %).

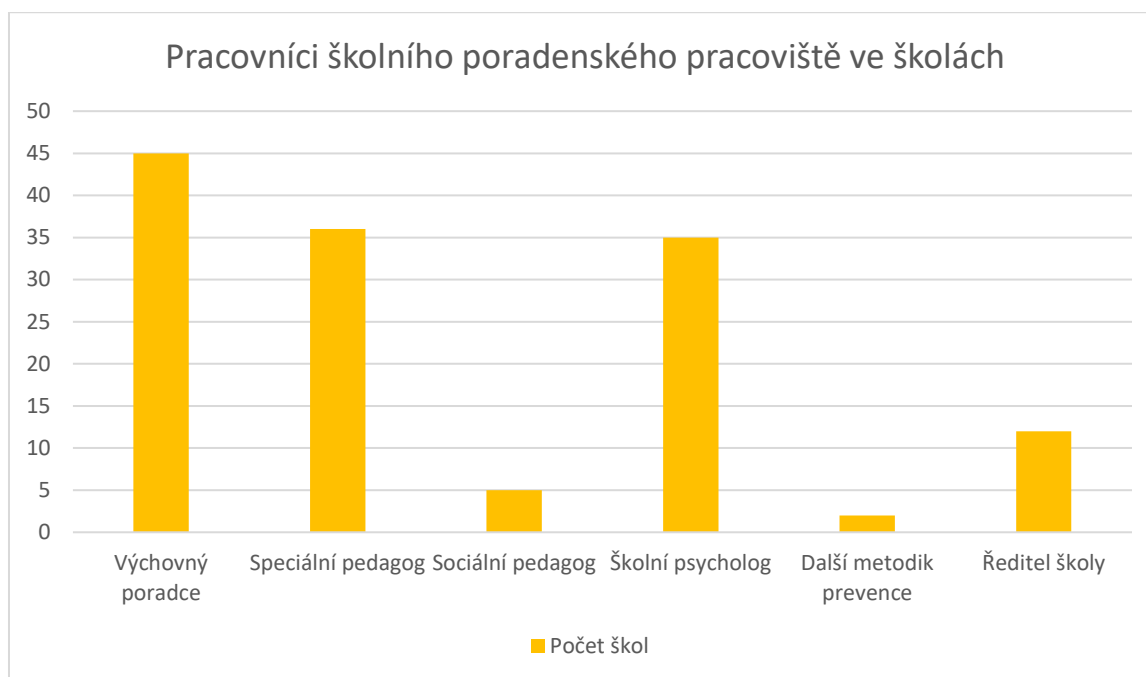
**Otázka č. 2:** Jak dlouhou máte praxi jako metodik prevence?



Obrázek č. 2: Graf znázorňující délku praxe metodiků prevence.

Respondenti uváděli délku praxe nejčastěji v rozmezí 0-2 roky – celkem 19x (37 %). Druhé nejčastější rozmezí délky praxe bylo od 6 do 10 let – celkem 17x (33 %). V rozmezí 3–5 let pracovalo 13 metodiků prevence (26 %) a pouze 2 metodici na této pozici pracovali 11-15 let (4 %).

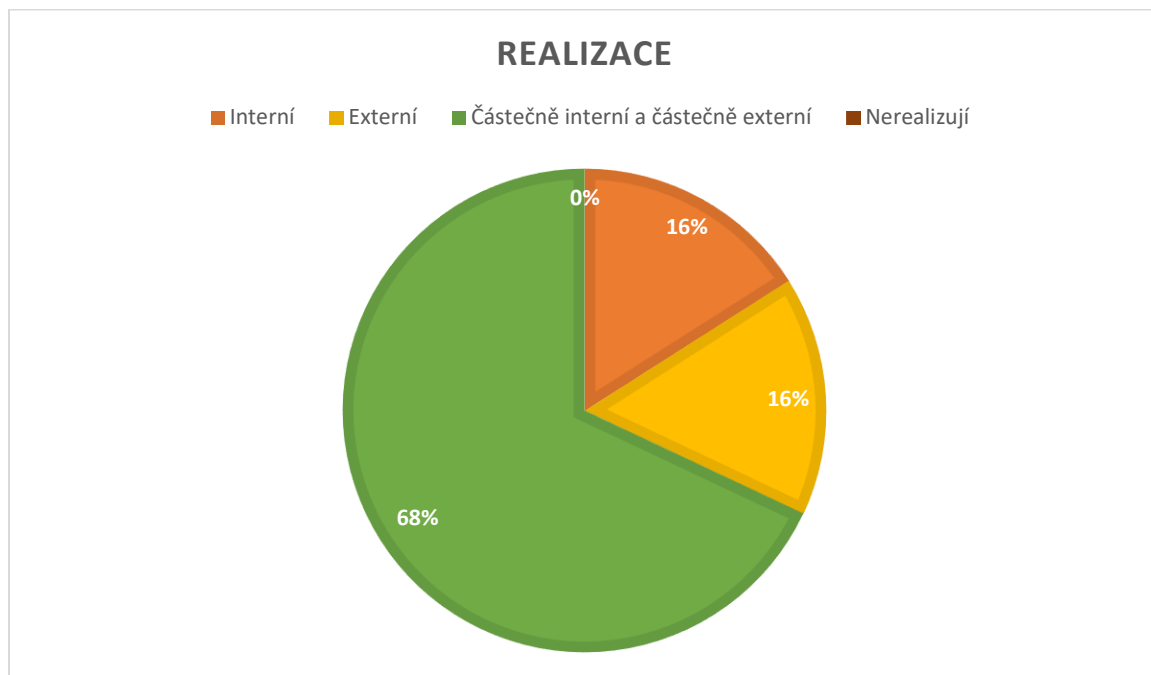
### Otázka č. 3: Kdo mimo Vás patří do školního vzdělávacího pracoviště?



Obrázek č. 3: Znárodnění zastoupení profesí ve školních poradenských pracovištích.

Nejčastěji se ve školních poradenských pracovištích můžeme setkat s výchovným poradcem, který se v odpovědích vyskytl 45krát. Druhou nejčastější profesí, která byla uvedena 36krát, byl speciální pedagog. O jedno méně dostala pozice školního psychologa, tedy 35. Nejméně byl označován sociální pedagog, který se vyskytuje pouze na pěti školách zastoupených v průzkumu. V kategorii „další“ byl 12x doplněn ředitel školy, 2x další metodik prevence a 1x kariérový poradce. Podle výsledků bývá školní poradenské pracoviště nejčastěji tvořeno metodikem prevence, výchovným poradcem, speciálním pedagogem a školním psychologem. Určitě vždy se do funkce poradenského pracoviště zapojuje ředitel školy, poněvadž všem těmto pozicím je ředitel přímým nadřízeným. Ve výsledcích dotazníku je uveden v tak malém počtu, protože jsme ředitele považovali za „samozřejmého“ člena školního poradenského pracoviště (vede školu), a neuváděli jsme ho tedy ve výčtu pozic.

#### Otázka č. 4: Jak realizujete prevenci rizikového chování na vaší škole?



Obrázek č. 4: Znázornění typu realizace primární prevence rizikového chování na školách.

Nejvyšší podíl škol (68 %) podle výzkumu realizuje primární prevenci rizikového chování částečně s využitím vlastních zdrojů a částečně objednaním preventivního bloku u externí organizace. Pouze na vlastní síly se spoléhá 16 % škol a stejný podíl škol využívá služeb externí organizace.

**Otázka č. 5: Seřad'te jednotlivá riziková chování podle četnosti.**

(Číslo 1 znamená v tabulce nejvíce závažné, číslo 9 znamená nejméně závažné)

Druh chování	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Průměr
Šikana a kyberšikana	26	13	9	0	1	1	0	0	0	<b>1,8</b>
Rizikové sexuální chování	0	5	9	13	8	3	4	6	2	<b>4,82</b>
Rizikové sporty	0	1	1	3	2	6	11	20	6	<b>7,08</b>
Rizikové chování v dopravě	2	0	1	0	7	10	14	13	3	<b>6,58</b>
Závislostní chování	13	20	6	4	1	2	3	0	1	<b>3,16</b>
Poruchy příjmu potravy	3	2	11	14	10	5	1	4	0	<b>4,3</b>
Rasismus a xenofobie	0	3	3	7	9	15	9	3	1	<b>5,48</b>
Negativní působení sekt	0	1	0	0	2	3	6	3	35	<b>8,22</b>
Záškoláctví	6	5	10	9	10	5	2	1	2	<b>4,04</b>

Tabulka č. 1: Škálové hodnocení četnosti rizikového chování.

Nejčetnějším rizikovým chováním je podle názoru respondentů šikana a kyberšikana (průměr 1,8). Druhým nejčastějším jevem je závislostní chování (3,16). Poté následuje záškoláctví (4,04), poruchy příjmu potravy (4,3), rizikové sexuální chování (4,82), rasismus a xenofobie (5,48), rizikové chování v dopravě (6,58), dále rizikové sporty (7,08) a nejméně časté je negativní působení sekt (8,22).

**Otázka č. 6: Seřad'te jednotlivá riziková chování podle závažnosti.**

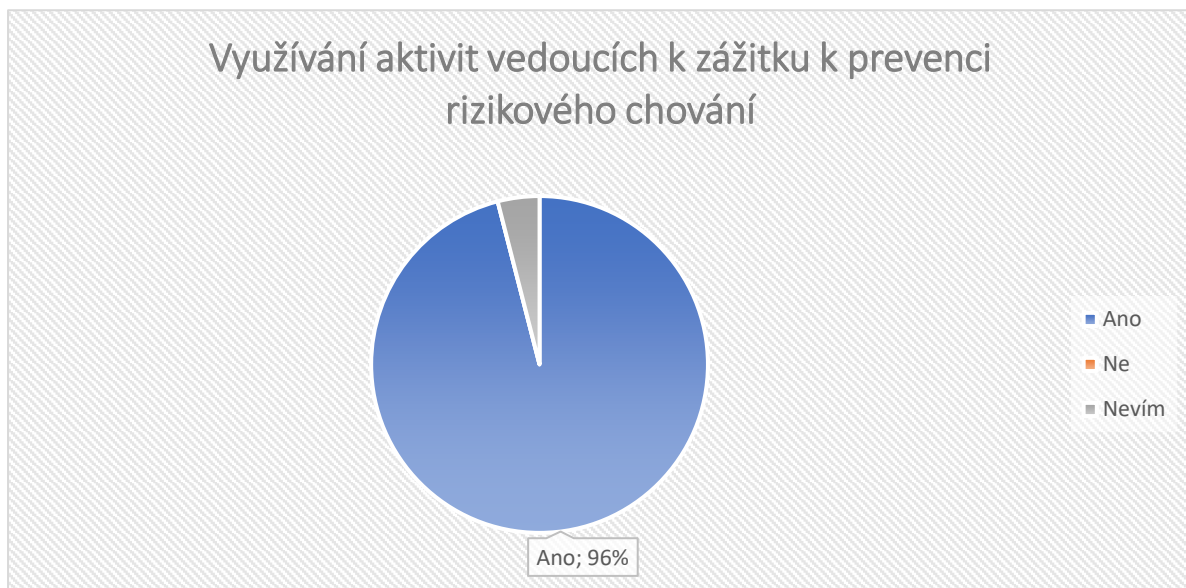
(Číslo 1 znamená v tabulce nejvíce závažné, číslo 9 znamená nejméně závažné)

Druh chování	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Průměr
Šikana a kyberšikana	27	14	5	0	1	0	0	2	1	<b>2</b>
Rizikové sexuální chování	1	4	10	14	9	5	3	2	2	<b>4,5</b>
Rizikové sporty	1	1	2	1	1	3	17	15	9	<b>7,12</b>
Rizikové chování v dopravě	1	2	3	4	4	5	8	15	8	<b>6,56</b>
Závislostní chování	13	21	6	2	5	1	1	1	0	<b>2,54</b>
Poruchy příjmu potravy	3	4	9	11	7	9	4	1	2	<b>4,5</b>
Rasismus a xenofobie	0	1	5	2	12	15	9	6	0	<b>5,72</b>
Negativní působení sekt	1	1	2	0	3	7	4	5	27	<b>7,54</b>
Záškoláctví	3	2	8	16	8	5	4	3	1	<b>4,56</b>

Tabulka č. 2: Škálové hodnocení závažnosti rizikového chování.

Hodnocení nejzávažnějšího rizikového chování, které se vyskytuje na školách, získala šikana a kyberšikana (průměr 2). Druhé v pořadí je závislostní chování (2,54). Následují poruchy příjmu potravy a rizikové sexuální chování, které mají stejný průměr 4,5. Poté následuje záškoláctví (4,56), rasismus a xenofobie (5,72), rizikové chování v dopravě (6,56). Za nejméně závažné bylo respondenty označeno negativní působení sekt (7,54).

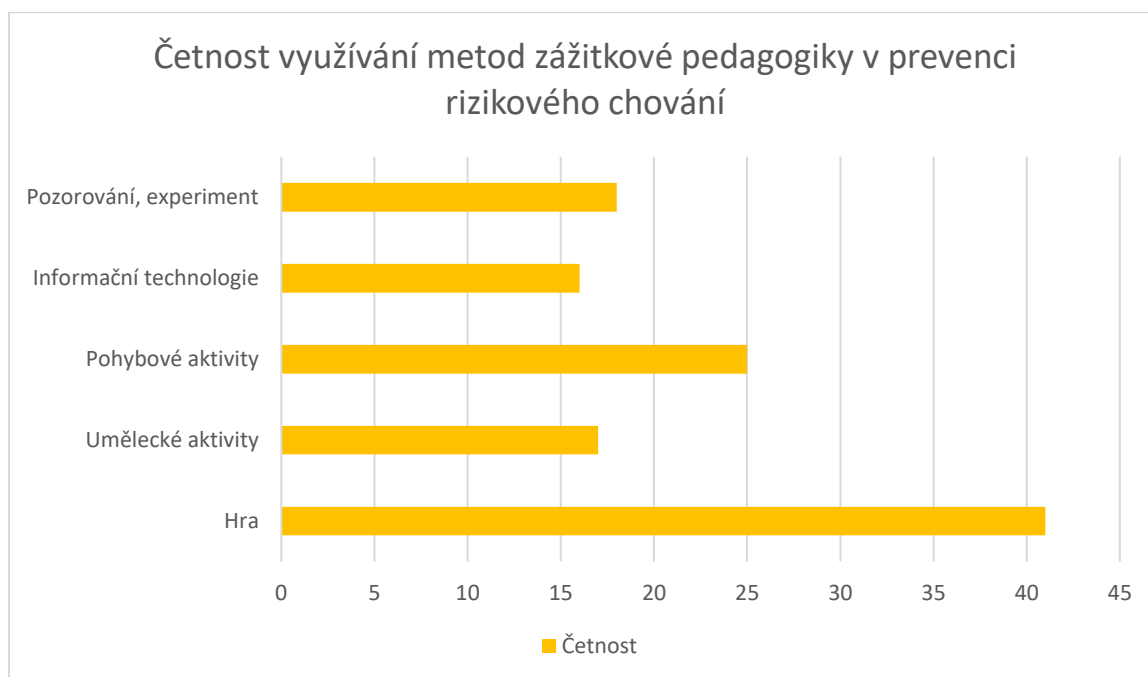
**Otázka č. 7:** Využíváte aktivity vedoucí k zážitku k prevenci rizikového chování?



Obrázek č. 5: Využití aktivit vedoucí k zážitku k prevenci rizikového chování.

Naprostá většina dotázaných (96 %) využívá zážitkových aktivit k prevenci rizikového chování. Odpověď „nevyužívám“ neoznačil žádný z dotázaných, 3 metodici prevence označili odpověď „nevím“ (4 %).

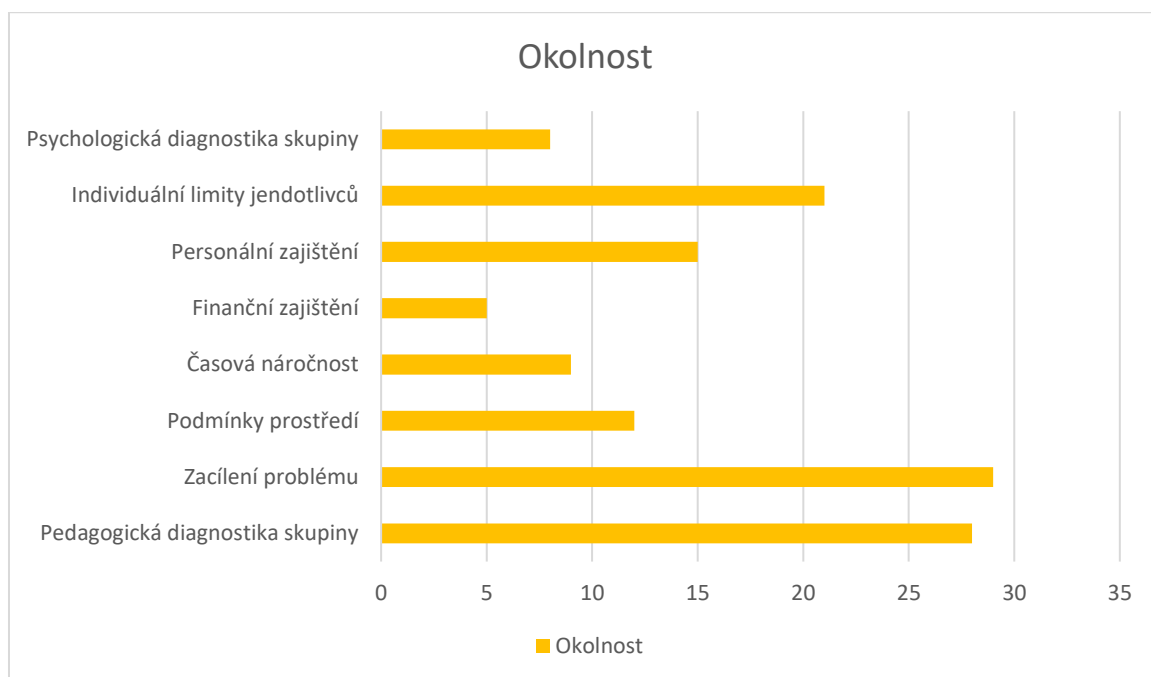
**Otázka č. 8:** Jaké metody zážitkové pedagogiky využíváte?



Obrázek č. 6: Četnost využívání metod zážitkové pedagogiky.

Nejčteněji byla jako metoda zážitkové pedagogiky využívána k prevenci rizikového chování označována hra (celkem 41krát). Druhou metodou v pořadí jsou pohybové aktivity (označeno 25krát). Ostatní aktivity byly označovány přibližně stejně – 18krát pozorování a experiment, 17krát umělecké aktivity a 16krát informační technologie. Metodici měli možnost dopisovat i další metody. Dvakrát doplnili sociometrické metody, což ovšem nelze zařadit mezi metody zážitkové pedagogiky (viz teoretická část této práce). Dvakrát se v dotaznících objevila interaktivní videa, jednou psychologické aktivity a jednou psychodrama.

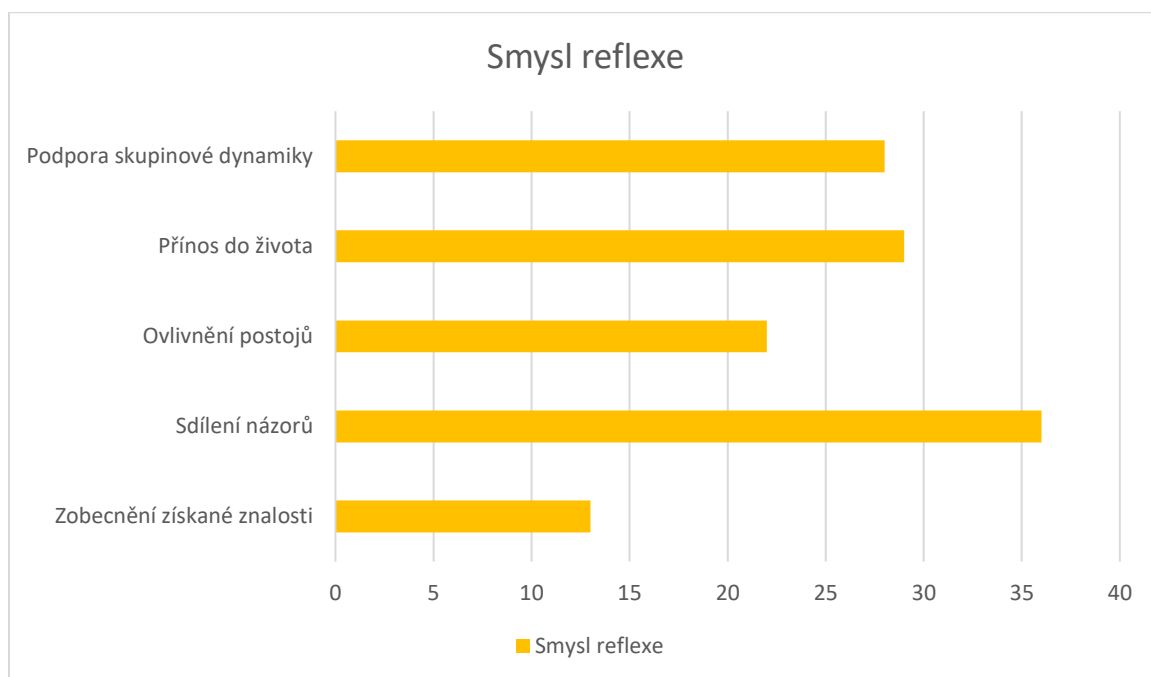
**Otázka č. 9:** Které okolnosti považujete za zásadní pro volbu zážitkové aktivity pro skupinu?



Obrázek č. 7: Nejzásadnější okolnosti pro volbu zážitkové aktivity pro skupinu.

Metodici prevence mohli vybírat až tři nejzásadnějších okolnosti pro volbu zážitkové aktivity pro skupinu. Nejčastěji označovali „zacílení problému“ (29x), poté „pedagogickou diagnostiku skupiny“ (28x). Dvacet jedna označení získaly „individuální limity jednotlivců“. Dvanáct metodiků zaškrtnulo „podmínky prostředí“. Devět zakroužkování měla „časová náročnost“. Osm respondentů doplnilo „psychologickou diagnostiku skupiny“. Nejméně často bylo označováno „finanční zajištění“ (pouze 5x). Jeden účastník dotazníkového šetření doplnil jako zásadní okolnost „cíl třídního učitele“.

### Otázka č. 10: Jaký smysl má reflexe zážitkové situace



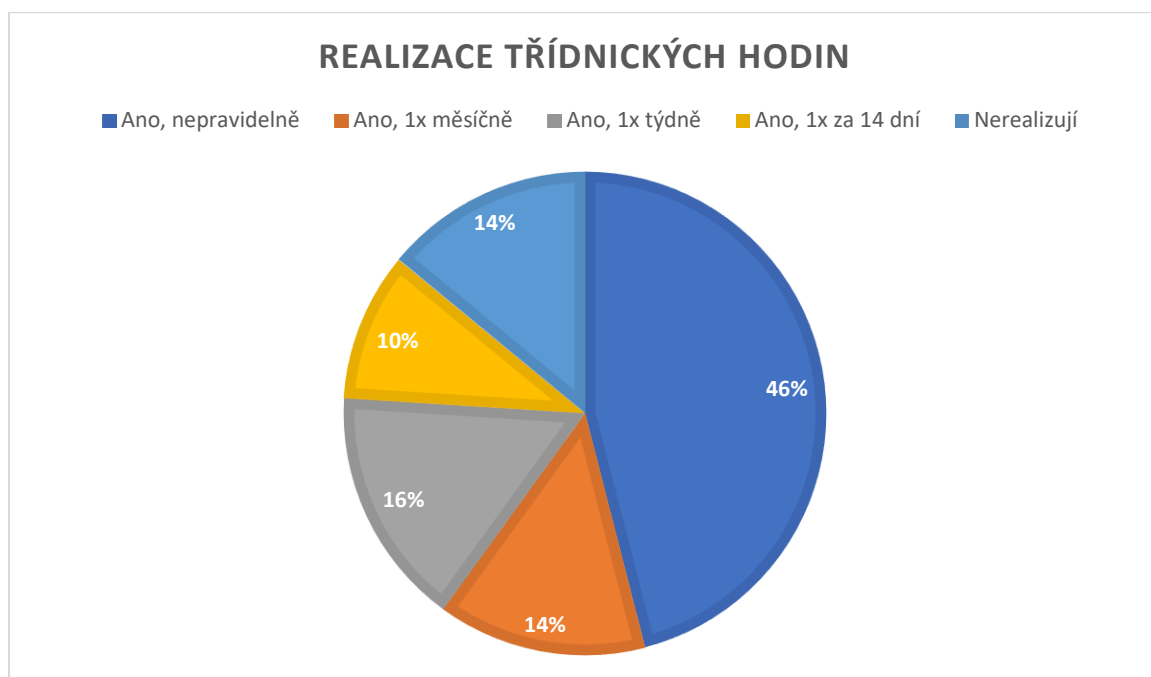
Obrázek č. 8: Smysl reflexe zážitkové situace.

V této otázce metodici prevence vybírali až tři nejvýznamnější smysly reflexe zážitkové situace. Nejvíce označováno bylo „sdílení názorů“ (označeno 36x). Dvacet devět řešitelů dotazníku označilo „přínos do života“, dvacet osm zakroužkovalo „podporu skupinové dynamiky“. Nejméně označení, tedy 22, mělo „ovlivnění postojů“. Jeden metodik prevence v kategorii jiné napsal, že smyslem reflexe je „zastřešení zážitkového programu“.

### Otázka č. 11: Mají podle vás smysl k prevenci rizikového chování třídnické hodiny?

Všichni metodici prevence se shodli na pozitivním smyslu třídnických hodin v prevenci rizikového chování.

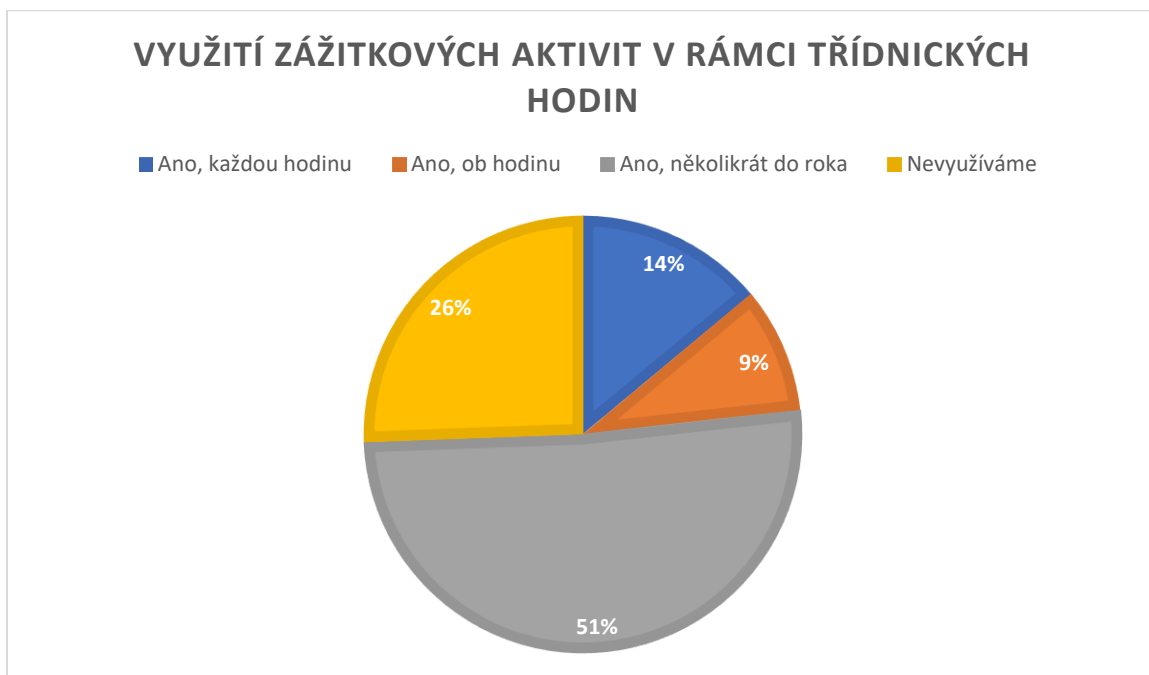
**Otázka č. 12:** Realizujete na vaší škole třídnické hodiny?



Obrázek č. 9: Realizace třídnických hodin.

Nejčastěji se třídnické hodiny realizují na školách nepravidelně (46 %). 16 % škol realizuje třídnické hodiny pravidelně, a to jedenkrát týdně, 14 % realizuje třídnické hodiny po měsíci a stejný podíl třídnické hodiny nerealizuje vůbec. Desetina škol realizuje třídnické hodiny pravidelně každý druhý týden.

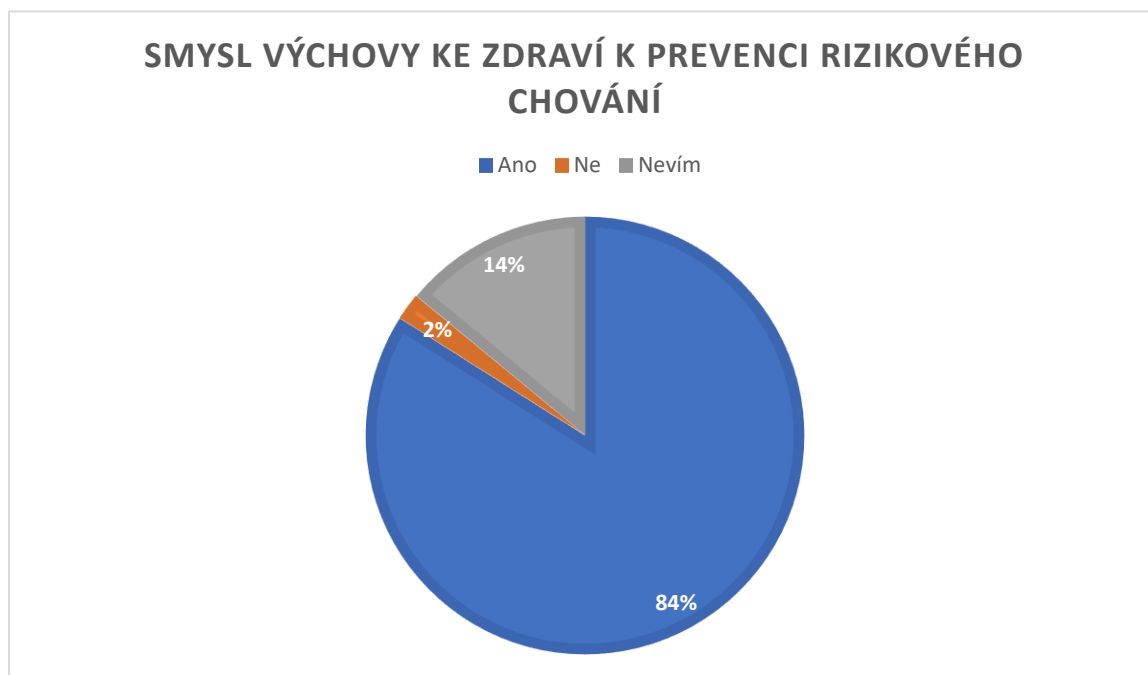
**Otázka č. 13:** Využíváte aktivity vedoucí k zážitku v rámci třídnických hodin?



Obrázek č. 10: Využívání zážitkových v rámci třídnických hodin.

V této otázce jsem vyřadil odpovědi u dotazníků, kdy respondent odpověděl na předchozí otázku, že jejich škola třídnické hodiny nerealizuje. Nejčastěji školy zařazují aktivity vedoucí k zážitku do třídnických hodin pouze několikrát do roka (51 %). 14 % škol tyto aktivity zařazuje každou hodinu a 9 % alespoň ob hodinu. 26 % škol zážitkové aktivity do třídnických hodin nezařazuje vůbec.

**Otázka č. 14:** Má podle vás smysl výchova ke zdraví jako samostatný předmět k prevenci rizikového chování?



Obrázek č. 11: Smysl výchovy ke zdraví jako samostatného předmětu k prevenci rizikového chování.

Naprostá většina metodiků prevence (84 %) spatřuje ve výuce předmětu výchova ke zdraví pozitivní působení na prevenci rizikového chování u žáků. Pouze 2 % pozitivní smysl nevidí a 14 % řešitelů neví.

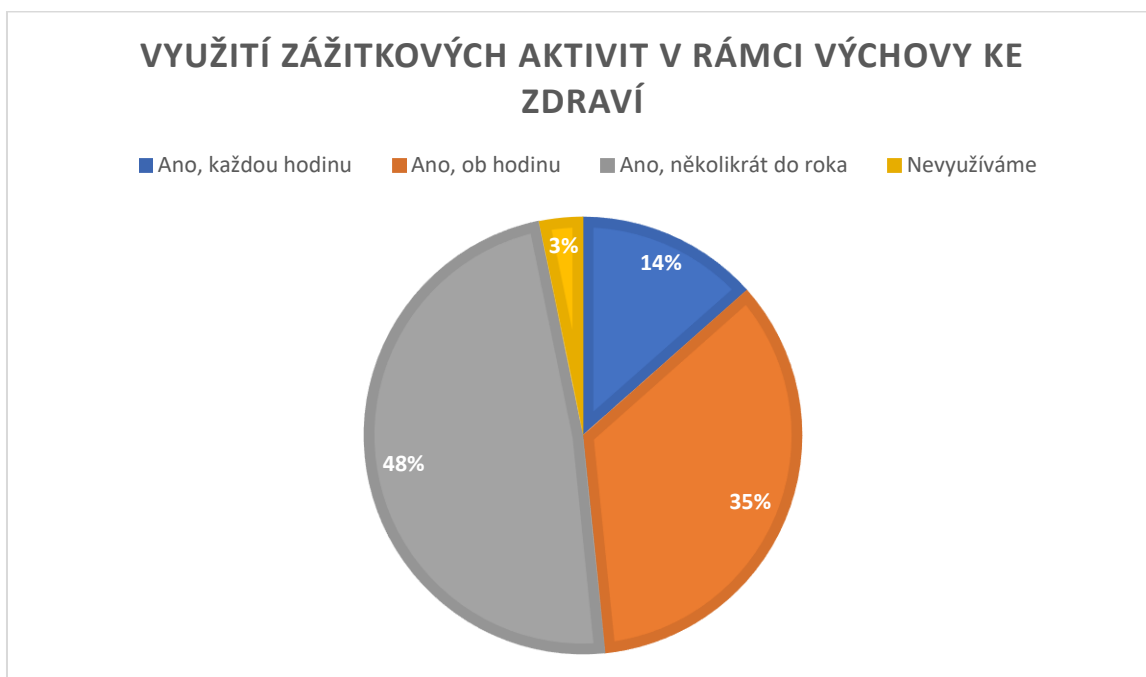
**Otázka č. 15:** Má vaše škola zařazenu výchovu ke zdraví jako samostatný předmět ve školním vzdělávacím plánu?



Obrázek č. 12: Výchova ke zdraví jako samostatný předmět ve školách.

Naprostá většina škol z dotazníkového šetření (78 %) má předmět výchova ke zdraví zařazen do svého školního vzdělávacího plánu jako samostatný předmět, 22 % škol tento předmět samostatně nevyučuje.

**Otázka č. 16:** Pokud předmět výchova ke zdraví vyučujete samostatně, využíváte při výuce aktivity vedoucí k zážitku?



Obrázek č. 13: Využití zážitkových aktivit v rámci hodin výchovy ke zdraví.

V této otázce jsem vyřadil jedenáct odpovědí, kdy respondent označil, že výchova ke zdraví se na jejich škole nevyučuje jako samostatný předmět. Aktivity vedoucí k zážitku jsou do výuky výchovy ke zdraví zařazovány nejčastěji jen několikrát do roka (48 %). Na 35 % školách, kde se výchova ke zdraví vyučuje, nalezneme aktivity vedoucí zážitku alespoň ob hodinu, 14 % škol vyučující výchovu ke zdraví zařazuje zážitkové aktivity každou hodinu. Situace opačná je na 3 % škol, kde zážitkové aktivity v tomto předmětu nenalezneme vůbec.

**Otázka č. 17:** Do jaké míry vyhovuje zážitková pedagogika vašemu výchovnému stylu?



Obrázek č. 14: Graf znázorňující identifikaci s metodami zážitkové pedagogiky s jejich výchovným stylem.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že zážitková pedagogika zcela vyhovuje výchovnému stylu 64 % metodiků prevence; 34 % spíše vyhovuje a pouze 1 metodikovi prevence metody zážitkové pedagogiky spíše nevyhovují. Žádný z dotazovaných metodiků prevence neuvedl „zcela nevyhovuje“.

### 4.3 Závěry analýzy

Cílem práce bylo zjistit, jaká je zkušenost metodiků prevence s využíváním zážitkové pedagogiky v prevenci rizikového chování v závislosti na výskytu daných typů rizikového chování na školách, kde působí. Podle analýzy:

- 96 % dotázaných metodiků prevence využívá zážitkové aktivity k prevenci rizikového chování.
- 100 % respondentů se shodlo nad užitečností třídnických hodin k prevenci rizikového chování.
- Na 76 % dotazovaných školách probíhají třídnické hodiny, z čehož 74 % škol (ve kterých třídnické hodiny probíhají) zařazuje metody zážitkové pedagogiky.
- 84 % metodiků prevence se shodlo na pozitivním přínosu výuky samostatného předmětu výchova ke zdraví pro prevenci rizikového chování. Tento předmět vyučuje 78 % škol, kde v 97 % uplatňují metody zážitkové pedagogiky.
- 82 % řešitelů dotazníku nejčastěji jako metodu zážitkové pedagogiky využívá hru.
- Pro metodiky prevence je nejzásadnějším faktorem při výběru zážitkové aktivity zacílení problému.
- Největší smysl reflexe je podle dotázaných sdílení názorů.
- 98 % metodiků prevence vyhovuje zážitková pedagogika jejich výchovnému stylu.
- Třídní kolektivy nejvíce trpí šikanou a kyberšikanou, naopak nejmenší výskyt rizikového chování na školách vykazuje negativní vliv sekt.

Z dotazníkového šetření byl prokázán zásadní vliv zážitkové pedagogiky pro prevenci rizikového chování, kterou využívá 96 % metodiků prevence. Ta je uplatňována v třídnických hodinách i v hodinách výchovy ke zdraví, kdy nejvíce je učiteli využívána metoda hry. Zkušenější metodici prevence realizují prevenci rizikového chování pouze interně. Pracují v obsazeném poradenském pracovišti nejčastěji se školním psychologem, výchovným poradcem, speciálním pedagogem a ředitelem školy. Takto fungující pracoviště mají nejčastěji zavedené pravidelné třídnické hodiny. Méně zkušení preventisti podle výsledků pracují v méně obsazeném školním poradenském pracovišti (například jen metodik prevence a výchovný poradce) prevenci rizikového chování realizují externě, případně částečně interně a částečně externě. Na těchto školách se třídnické hodiny většinou nerealizují. Z rozhovorů s metodiky usuzují, že je to z důvodu, že prevence rizikového chování není zásadní prioritou těchto škol, navíc je zde velká fluktuace osob na této pozici.

Dotazníkové šetření neprokázalo, kde dále se v praxi (základních) škol zážitková pedagogika využívá (například školní výlety, školy v přírodě, adaptační pobyty, projektové dny nebo jiné předměty). Každý respondent tuto skutečnost mohl doplnit v prostoru pro komentář v dotazníku, i když jsme se na tyto okolnosti přímo netázali. Prostor pro komentář žádný z respondentů efektivně nevyužil, přestože byli všichni poučeni o jeho zaměření (i zaměření dotazníku). Namísto toho respondenti psali vzkazy s přáním štěstí s vypracováním této diplomové práce, anebo měli potřebu specifikovat velikost a zaměření své školy.

## Závěr

Závěrem bychom chtěli shrnout tuto diplomovou práci na téma Využití zážitku v prevenci rizikového chování. V první části jsme se věnovali prevenci rizikového chování a příslušné legislativě, úloze pozice metodika prevence na školách a možným nástrojům prevence rizikového chování, kterými může být předmět výchova ke zdraví či třídnické hodiny. Dále jsme se věnovali jednotlivým druhům rizikového chování, protože pro prevenci je podle našeho názoru nezbytná velmi dobrá orientace v této problematice. V poslední kapitole teoretické části jsme shrnuly metody zážitkové pedagogiky a uvedli jsme příklady zážitkových programů, které se realizují na školách.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření u metodiků prevence na základních školách jsme prokázali zásadní vliv zážitkové pedagogiky na realizaci prevence rizikového chování. Díky tomu jsme zjistili velké rozdíly v realizaci prevence rizikového chování na školách. Školy, kde je prevence prioritou, mají plně obsazené školní poradenské pracoviště se zkušeným preventistou a realizují prevenci rizikového chování nejčastěji interně. Z metod zážitkové pedagogiky je nejčastěji ve školách využívána hra. Zážitková aktivita je metodiky volena nejčastěji s ohledem na zacílení problému a reflexe je prováděna nejčastěji s hlavním cílem sdílení názorů ve skupině. V tomto bodě bych chtěl zdůraznit, že podle mého názoru by to neměl být hlavní úkol reflexe. Touto aktivitou necháváme žáky analyzovat prožitek s cílem zobecnit, co žáci prožili a kde získané zkušenosti použijí ve svých životech. Také jsem se zaměřil na úlohu třídnických hodin a výuku samostatného předmětu výchova ke zdraví v prevenci a využívání principů zážitkové pedagogiky v těchto hodinách. Z rizikového chování třídní kolektivy nejvíce trápí šikana a kyberšikana, nejméně pak negativní působení sekt. Kdybychom měli toto šetření provést opětovně, zaměřili bychom se také více na zjištění, kde dále lze zážitkovou pedagogiku uplatnit pro prevenci rizikového chování (školy v přírodě, projektové vyučování, jiné vyučovací předměty a tak podobně).

Podle mého názoru by bylo pro co nejefektivnější prevenci rizikového chování vytvoření jednotné „ideální“ koncepce (to znamená realizace a rozsah třídnických hodin, proškolení pedagogů pro jejich smysluplné vedení, jednotná realizace dlouhodobých kontinuálních programů primární prevence, výuka předmětu výchovy ke zdraví dle uceleného programu s ohledem na využívání metod a principů zážitkové pedagogiky).

Tato diplomová práce se mi psala velmi obtížně. Vypracováním jsem musel vykročit ze své komfortní zóny, avšak díky skvělému vedení paní doktorky Hankové a velké podpoře kolegů a

vedení Základní školy Zárubova v Praze 12, kde působím jako třídní učitel a zároveň jsem zde metodikem prevence, bylo postupem času psaní snazší. Obtížné to také bylo z důvodu změny zaměstnání a změny způsobu života během pandemie koronaviru. Tím, že mi bylo umožněno pracovat jako metodik prevence, jsem měl přístup ke kolegům, kteří na této pozici pracují, a mohl jsem realizovat tento výzkum. Výběr tématu a prostudování literatury mně motivovalo k zahájení specializačního studia metodika prevence v organizaci Prev centrum.

Vypracováním této práce jsem se důkladněji zorientoval s legislativním rámcem, kterým se musím řídit ve své praxi. Zjistil jsem, že MŠMT není jednotné ve své terminologii, která se navíc velmi často mění. Ocenil bych, kdyby MŠMT vydávalo při každé změně přehled nařízení, kde by bylo přesně a přehledně stanoveno, jakými vyhláškami se musí metodik prevence řídit.

Velké poděkování patří všem respondentům, kteří byli ochotni podílet se na výzkumném šetření, poskytli tak cenná data pro tento výzkum. I přes velkou pracovní vytíženost byli všichni metodici prevence velmi nápomocni. Za jejich spolupráci jsem se jim odměnil malým dočerpáním energie v podobě kvalitní čokolády.

## Seznam použitých informačních zdrojů

- APIVB. (2022). Jak předcházet záškoláctví. *Učitelské noviny*(1).
- Bělohlová, E. (2020). *Mediální výchova*. Plzeň: Nakladatelství Fraus.
- Beneš, P., Pumpr, V., & Banýr, J. (2004). *Základy chemie 2: pro 2. stupeň základní školy, nižší ročníky víceletých gymnázií a střední školy*. Praha: Nakladatelství FORTUNA.
- Beníčková, M. (2017). *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Beránková, M., Fleková, A., & Holzhauserová, B. (2007). *První pomoc*. Praha: INFORMATORIUM, spol. s r. o.
- Císovská, H. (2012). *Dramatická výchova a sociální učení v základním vzdělávání*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.
- Čapek Adamec, M., Čapková, V., Janoušková, S., & Pumpr, V. (2019). *Chemie pro SOŠ nechemického zaměření*. Praha: EDUKO nakladatelství, s.r.o.
- Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dobroruka, L., Vacková, B., Králová, R., & Bartoš, P. (2001). *Přírodopis III*. Praha: Scientia, spol. s r.o.
- E-clinic, z. ú. (nedatováno). *Zipyho kamarádi*. Získáno 12. Listopad 2023, z <https://zipyhokamaradi.cz/>
- Geist, B. (1992). *Sociologický slovník*. Praha: Victoria publishing a.s.
- Gillnerová, I., & Krejčová, L. (2012). *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2011). *Pedagogické ovlivňování volného času*. Praha: Portál.
- Hanková, Z. (2019). *Determinanty využití zážitkové pedagogiky v praxi základní školy*. Praha.
- Hanuš, R., & Chytilová, L. (2009). *Zážitkové pedagogické učení*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Havlíková, D., Drábková, B., & Vymětal, J. (2013). *Etická výchova*. Plzeň: Nakladatelství Fraus.
- Hrabal, V., Man, F., & Pavelková, I. (1984). *Psychologické otázky motivace ve škole*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

- Hutyrová, M., Růžička, M., & Spěváček, J. (2013). *Prevence rizikového a problémového chování*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Kirchner, J. (2009). *Psychologie prožitku a dobrodružství*. Brno: Computer Press, a. s.
- Knotová, D. (2014). *Školní poradenství*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Kolář, M. (1997). *Skrytý svět šikanování ve školách: příčiny, diagnostika a praktická pomoc*. Praha: Portál.
- Kolář, M. (2011). *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál.
- Koliba, P., Weiss, P., Němec, M., & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Kovaříková, M. (2020). *Krizové situace ve škole*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kovaříková, M., & Marádová, E. (2020). *Didaktika výchovy ke zdraví a bezpečí*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Krejčí, M., Šulová, L., Rozum, F., & Havlíková, D. (2017). *Výchova ke zdravému životnímu stylu*. Plzeň: Fraus.
- Křivánková, M., & Hradová, M. (2009). *Somatologie: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kvasničková, D. (1991). *Základy ekologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Magdaléna, o. p. (nedatováno). Získáno 12. Listopad 2023, z Kočičí zahrada: <https://www.magdalena-ops.cz/cs/course/kocici-zahrada-2/>
- Machková, E. (2013). *Projekty dramatické výchovy*. Praha: Portál, s.r.o.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Makarenko, A. S. (1953). *Spis IV*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Málá, H., & Klementa, J. (1985). *Biologie dětí a dorostu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Marádová, E. (2000). *Rodinná výchova: Zdravý životní styl 2*. Praha: FORTUNA.

- Marádová, E. (2010). *Výživa a hygiena ve stravovacích službách*. Praha: Vysoká škola hotelová v Praze 8, spol. s r.o.
- Marádová, E., & Kubrichtová, L. (1997). *Rodinná výchova: Péče o dítě*. Praha: FORTUNA.
- Marádová, E., & Vodáková, J. (2003). *Příprava pokrmů*. Praha: FORTUNA.
- MŠMT. (2010A). Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.
- MŠMT. (2010B). Školní preventivní program pro mateřské, základní školy a školská zařízení.
- MŠMT. (2019). Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019 - 2027.
- Němec, J. (2002). *Od prožívání k požitkářství*. Brno: Paido.
- Nielsen Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing a. s.
- Pešatová, I. (2007). *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- Petty, G. (1996). *Moderní vyučování*. Praha: Portál.
- Potměšilová, P., & Sobotková, P. (2012). *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Procházka, M. (2019). *Metodik prevence a jeho role na základní škole*. Praha: PASPARTA Publishing, s.r.o.
- Procházková Michálková, M. (2023). *Seznamovací hry pro děti*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Průcha, J. (2011). *Multikulturní výchova*. Praha: Triton.
- Slavík, J. (1997). *Od výrazu k dialogu ve výchově*. Praha: Karolinum - nakladatelství Univerzity Karlovy.
- SZÚ. (nedatováno). Získáno 12. Listopad 2023, z <https://szu.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/preventivni-programy/>
- Šauerová, M. (2013). *Zážitková pedagogika a možnosti jejího využití při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s.r.o.

- Šibor, J., Plucková, I., & Mach, J. (2017). *Chemie: úvod do obecné a organické chemie, biochemie a dalších chemických oborů*. Brno: NOVÁ ŠKOLA, s.r.o.
- Tauber, J., & Tauberová, V. (1977). *Komenského škola hrou znovu oživená*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Tichý, F. (2017). *Výchova jako dobrodružství*. Semily: Nakladatelství GEUM s.r.o. a Gymnázium Přírodní škola o.p.s.
- Titmanová, M. (2019). *Prevence rizikového chování*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.
- Vágnerová, K., & Bajerová, M. (2009). *Minimalizace šikany: Praktické rady pro rodiče*. Praha: Portál.
- Valentová, L. (2013A). *Školní Poradenství I*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta.
- Valentová, L. (2013B). *Školní poradenství II*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Vališová, A., & Kasíková, H. (2011). *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Vojtíšek, Z. (1998). *Netradiční náboženství u nás*. Praha: Dingir.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Zapletal, M. (1986). *Hry v klubovně*. Praha: Olympia.
- Zormanová, L. (2014). *Obecná didaktika*. Praha: Grada Publishing, a.s.

## Příloha – dotazník pro metodiky prevence

Vážené respondentky, vážení respondenti,  
obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé diplomové práce „Využití zážitku v prevenci rizikového chování“. Účast ve výzkumu je anonymní. Dotazník obsahuje 15 uzavřených otázek a 2 otázky škálové odpovídejte na ně prosím pravdivě, tam kde je uvedeno je možné odpovědět více možnostmi. Na závěr můžete napsat krátký komentář.  
Předem děkuji za vyplnění.  
Pavel Palyov (student navazujícího magisterského studia na Pedagogické fakultě UK)

- 1. Jak dlouhou máte pedagogickou praxi?**  
a) 0-2 roky    b) 3-5 let    c) 6-10 let    d) 11-15 let    e) 15–20 let    f) Více než 20 let
- 2. Jak dlouhou máte praxi jako metodik prevence?**  
a) 0-2 roky    b) 3-5 let    c) 6-10 let    d) 11-15 let    e) 15–20 let    f) více než 20 let
- 3. Kdo mimo Vás patří do školního poradenského pracoviště na vaší škole? (můžete označit více odpovědí)**  
a) Výchovný poradce    b) Speciální pedagog    c) Sociální pedagog    d) Školní psycholog  
e) Další (doplňte:.....)
- 4. Jak realizujete prevenci rizikového chování ve vaší škole?**  
a) Interně    b) Externě    c) Částečně interně, částečně externě    d) Nerealizujeme
- 5. Seřadte jednotlivá riziková chování podle četnosti na vaší škole (1- nejvíce četné, 9- nejméně četné).**

Rizikové chování	Pořadí
Šikana a kyberšikana	
Rizikové sexuální chování	
Rizikové sporty	
Rizikové chování v dopravě	
Závislostní chování	
Poruchy příjmu potravy	
Rasismus a xenofobie	
Negativní působení sekt	
Záškoláctví	

- 6. Seřadte jednotlivá riziková chování podle závažnosti na vaší škole (1- nejvíce závažné, 9 – nejméně závažná).**

Rizikové chování	Pořadí
Šikana a kyberšikana	
Rizikové sexuální chování	
Rizikové sporty	
Rizikové chování v dopravě	
Závislostní chování	
Poruchy příjmu potravy	
Rasismus a xenofobie	
Negativní působení sekt	
Záškoláctví	



## Seznam obrázků a tabulek

Obrázek č. 1: Graf znázorňující délku pedagogické praxe respondentů.	65
Obrázek č. 2: Graf znázorňující délku praxe metodiků prevence.	66
Obrázek č. 3: Znázornění zastoupení profesí ve školních poradenských pracovištích.	67
Obrázek č. 4: Znázornění typu realizace primární prevence rizikového chování na školách.	68
Tabulka č. 1: Škálové hodnocení četnosti rizikového chování.	69
Tabulka č. 2: Škálové hodnocení závažnosti rizikového chování.	69
Obrázek č. 5: Využití aktivit vedoucí k zážitku k prevenci rizikového chování.	70
Obrázek č. 6: Četnost využívání metod zážitkové pedagogiky.	71
Obrázek č. 7: Nejzásadnější okolnosti pro volbu zážitkové aktivity pro skupinu.	72
Obrázek č. 8: Smysl reflexe zážitkové situace.	73
Obrázek č. 9: Realizace třídnických hodin.	74
Obrázek č. 10: Využívání zážitkových v rámci třídnických hodin.	75
Obrázek č. 11: Smysl výchovy ke zdraví jako samostatného předmětu k prevenci rizikového chování.	76
Obrázek č. 12: Výchova ke zdraví jako samostatný předmět ve školách.	77
Obrázek č. 13: Využití zážitkových aktivit v rámci hodin výchovy ke zdraví.	78
Obrázek č. 14: Graf znázorňující identifikaci s metodami zážitkové pedagogiky s jejich výchovným stylem.	79

## **Seznam použitých zkratek**

CAN – Child Abuse and Neglect – Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte

MŠMT – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dítěte

str. – strana

SZÚ – Státní zdravotní ústav