

# Univerzita Karlova v Praze

## 1. Lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Květoslava Hribiková

Možnosti uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické  
poradně: pilotní studie Ústeckého kraje

Possibilities of employing the profession of addictologist  
in pedagogical-psychological counselling centres:  
pilot study of the Ústí region

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:  
Mgr. et Mgr. Amalie Lososová, Ph.D.

Praha, 2020

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 02. 12. 2020

Květoslava Hribiková

Podpis: \_\_\_\_\_

**Identifikační záznam:**

HRIBIKOVÁ, Květoslava. *Možnosti uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně: pilotní studie Ústeckého kraje. [Possibilities of employing the profession of addictologist in pedagogical psychological counselling centres: pilot study of the Ústí region]*. Praha, 2020. 68 s., 3 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2008. Vedoucí závěrečné práce: Amalie Lososová

**Poděkování:**

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Amalii Lososové, Ph.D. za její ochotu a cenné rady, které mi pomáhaly ukazovat směr kudy jít, a hlavně za její podporu a trpělivost při kompletním vedení mé práce. Velké poděkování patří také celé mojí rodině, mému muži za jeho podporu a trpělivost a mým dětem za trpělivost během mého celého studia.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Ústecký kraj je dlouhodobě na prvních příčkách v prevalenci užívání návykových látek a zároveň je specifický výskytem řady negativních sociálních jevů. Studie realizované v Ústeckém kraji poukazují na fakt, že adiktologická problematika je aktuálním problémem, který si zasluhuje zvláštní pozornost, a to i s ohledem na skutečnost, že cílovou skupinou poradny jsou i děti, které se považují za vulnerabilní směrem k rizikovému chování. Pedagogicko-psychologická poradna je hlavním partnerem škol a školských zařízení a role metodika prevence v ní spočívá nejen v koordinaci školních metodiků prevence, ale také mapuje výskyt rizikového chování pro tvorbu nápravných programů a programů prevence rizikového chování. V celém kraji působí jedna adiktologická ambulance zaměřená na cílovou skupinu dětí a dorostu. Motivem k tématu práce byla také skutečnost, že studie zaměřené na uplatnitelnost adiktologa ve školství v ČR zatím realizovány nebyly.

**Cíl:** Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat míru a charakteristiku uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) v Ústeckém kraji (ULK). Jako dílčí cíle si bakalářská práce klade zmapovat současný stav výskytu rizikového chování adiktologické problematiky v PPP ULK a možné přínosy a bariéry spolupráce adiktologa v PPP.

**Metody:** Výzkum vychází z kvalitativního přístupu. Výzkumný soubor byl získán metodou záměrného výběru. Bylo osloveno všech 11 PPP Ústeckého kraje. V konečné fázi participovalo 9 z nich. Z toho dvě zařízení byla reprezentována jedním pracovníkem. Výzkumný soubor byl tedy tvořen 7 pracovníky – metodiky prevence v PPP Ústeckého kraje. Jako metoda sběru dat bylo použito semistrukturované interview a data byla analyzována kódováním, kategorizací a následnou deskripcí s uvedením konkrétních ukázek výpovědí respondentů. Etické principy byly dodrženy.

**Výsledky:** V rámci studie byly identifikovány jako nejčastější typy rizikového chování šikana a vztahy v třídním kolektivu. Výskyt rizika závislostního chování spadl na poslední příčky. Byla zjištěna minimální informovanost o oboru adiktologie a profesi adiktologa a zároveň nízká znalost adiktologické problematiky u metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách v Ústeckém kraji. Studie zmapovala možný přínos a činnosti, které by adiktolog v prostředí pedagogicko-psychologické poradny v Ústeckém kraji mohl vykonávat. Charakteristika činností adiktologa zahrnovala ve všech odpovědích poradenství, spolupráci se školou, realizaci preventivních aktivit a ve většině případů také depistáž, včasnou intervenci a dlouhodobou spolupráci s rodinou a dítětem. Potřebné se ukázalo věnování pozornosti nejen cílové skupině dětí a rodiče, ale také pracovníkům pedagogicko-psychologické poradny a pracovníkům ve školství. Nejžádanější byla označena spolupráce na plný úvazek. Jako faktory, které by mohly působení adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně komplikovat, byly označeny finance a legislativní úprava.

**Závěr:** Práce svými výsledky může pomoci otevřít zatím neukotvený dialog mezi specializací adiktologa a školním prostředím. Byl identifikován prostor pro možné působení adiktologa ve školském zařízení typu pedagogicko-psychologická poradna, kdy právě multidisciplinární charakter profese adiktologa by mohl doplnit odborný tým této instituce se záměrem zefektivnit systém péče o včasnou diagnostiku a intervence dětí a mladistvých a koordinaci primární prevence.

**Klíčová slova:** adiktolog – kompetence – pedagogicko-psychologická poradna – uplatnitelnost – Ústecký kraj

## **Abstract**

**Background:** The region of Ústí nad Labem has long been at the forefront of the prevalence of substance abuse; it is likewise specific for the occurrence of other negative social phenomena. The studies carried out in the region of Ústí nad Labem point to the fact that addictology issues are a current problem that deserves special attention as the target group of pedagogical-psychological counselling is children who consider themselves vulnerable to risky behaviour. The pedagogical-psychological counseling center is the main partner of schools and school facilities and the role of the prevention methodologist lies not only in the coordination of school prevention methodologists, but also in mapping the occurrence of risky behavior for the creation of remedial programs and risky behavior prevention programs. There is just one addictology clinic in the whole region, focusing on the target group of children and adolescents. The motive for the topic of the work was also the fact that the studies focused on the applicability of an addictologist in education have not yet been carried out in the Czech Republic.

**Aims:** The main aim of this bachelor thesis is to map the characteristics of the profession of addictologist in pedagogical-psychological counselling (PPC) in the region of Ústí nad Labem (RUL). The work aims to map the current state of occurrence of risky behaviour of addictology issues in the PPC in RUL and the benefits of cooperation of addictologists in PPS with regard to the identification of barriers to this cooperation.

**Methods:** The research is based on a qualitative approach. The research sample was obtained by deliberate selection. All 11 PPCs of the RUL were addressed. In the final phase, 9 of them participated. Of these, two facilities were represented by one worker. The research group consisted of 7 employees - prevention methodologists in the PPC of the RUL. A semi-structured interview was used as a method of data collection. The data were analyzed by coding, categorization and subsequent description with specific examples of respondents' statements. Ethical issues were adhered to.

**Results:** In the study, bullying and relationships in the class were identified as the most common types of risky behavior. The incidence of the risk of addictive behavior fell to the last rung. The prevention methodologists in the pedagogical-psychological counseling in the Ústí nad Labem region showed minimal information about the field of addictology and the profession of an addictologist, as well as low knowledge of addictology issues. The study mapped the possible benefits and activities that an addictologist could perform in the environment of a pedagogical-psychological counseling center in the Ústí nad Labem Region. The characteristics of the addictologist's activities included counseling, cooperation with the school, implementation of preventive activities and in most cases also screening, early intervention and long-term cooperation with the family and the child. It turned out that it is necessary to pay attention not only to the target group of children and parents, but also to the staff of the pedagogical-psychological counseling center and the staff in education. The most popular was full-time cooperation. Finance and legislation were identified as factors that could complicate the work of an addictologist in pedagogical-psychological counseling.

**Conclusion:** The results of the work can help open a dialogue between the specialization of addictologist and the school environment. A space was identified for the possible work of an addictologist in a school facility such as a pedagogical-psychological counselling centre, where the multidisciplinary nature of the addictologist profession could be supplemented by the professional team of this institution with the intention of streamlining the care system for an early diagnosis as well as intervention in children and adolescents and for the coordination of primary prevention.

**Key words:** Addictologist – Competencies – Pedagogical-Psychological Counselling Centre – Employability – Ústí region

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ÚSTECKÉHO KRAJE</b> .....	<b>12</b>
1.1 ZÁKLADNÍ SOCIODEMOGRAFIE ÚSTECKÉHO KRAJE .....	12
1.1.1 Demografie ULK.....	12
1.1.2 Vzdělanostní skladba obyvatel v ULK .....	12
1.1.3 Zaměstnanost, finance .....	13
1.1.4 Rodina, děti a mládež v ULK .....	14
1.1.5 Kriminalita v ULK .....	16
1.2 DROGOVÁ PROBLEMATIKA ÚSTECKÉHO KRAJE V OBEČNÉ POPULACI.....	16
1.3 PROBLEMATIKA NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ V ÚSTECKÉM KRAJI V OBEČNÉ POPULACI.....	17
1.4 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK, HRANÍ HER A HAZARDNÍCH HER U DĚTÍ A MLADISTVÝCH V ČR A V ULK. 18	
1.4.1 Užívání návykových látek, hraní her a hazardní hraní ve školní populaci v ČR .....	18
1.4.2 Užívání návykových látek, hraní her a hazardních her ve školní populaci ULK .....	20
1.5 VÝSKYT RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ NA ŠKOLÁCH V ČESKÉ REPUBLICE, SROVNÁNÍ KRAJŮ ČR .....	22
<b>2 SÍŤ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB A PRIMÁRNÍ PREVENCE U DĚTÍ A MLÁDEŽE V ULK</b> .....	<b>24</b>
2.1 SÍŤ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB PRO DĚTI A MLADISTVÉ V ULK.....	24
2.2 KOORDINACE A SÍŤ SLUŽEB PRIMÁRNÍ PREVENCE V ÚSTECKÉM KRAJI .....	25
2.2.1 Koordinace primární prevence v Ústeckém kraji .....	25
2.2.2 Poskytovatelé primární prevence v Ústeckém kraji.....	25
<b>3 PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ PORADNA A JEJÍ POSTAVENÍ VE ŠKOLSKÉM SYSTÉMU</b> ..	<b>27</b>
3.1 CHARAKTERISTIKA A ČINNOST PPP .....	27
3.2 ODBORNÝ TÝM V PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNĚ.....	28
3.3 DĚTSKÁ KLIENTELA NAVŠTĚVUJÍCÍ PPP .....	30
<b>4 OBOR ADIKTOLOGIE A KOMPETENCE A UPLATNĚNÍ ADIKTOLOGA</b> .....	<b>33</b>
4.1 ADIKTOLOGIE A CO SE POD TÍM SKRÝVÁ .....	33
4.2 KOMPETENCE A UPLATNĚNÍ ADIKTOLOGA DLE LEGISLATIVY .....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>5 METODOLOGICKÝ RÁMEC</b> .....	<b>37</b>
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
5.2 DESIGN VÝZKUMNÉHO PROJEKTU .....	37
5.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	37
5.4 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	38
5.5 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	39
5.6 ETICKÉ ASPEKTY.....	39
<b>6 VÝSLEDKY</b> .....	<b>40</b>
6.1 ÚLOHA METODIKA PREVENCE V PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNĚ V ÚSTECKÉM KRAJI .....	40
6.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1 – ZKUŠENOSTI S VÝSKYTEM RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	43
6.3 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2 – POJEM ADIKTOLOGIE A PROFESE ADIKTOLOGA .....	46
6.4 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3 – POSTOJ K ZAČLENĚNÍ ADIKTOLOGA DO TÝMU PPP ULK .....	47
6.5 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4 – MOŽNÉ PRACOVNÍ ČINNOSTI ADIKTOLOGA V PPP V ULK.....	48
6.6 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 5 – PŘÍNOS ADIKTOLOGA PRO PPP A PŘÍPADNÉ BARIÉRY.....	50
6.7 SEKUNDÁRNÍ ZJIŠTĚNÍ.....	51
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>52</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>58</b>



<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>68</b>
<b>PŘÍLOHA I .....</b>	<b>I</b>
<b>PŘÍLOHA II .....</b>	<b>III</b>
<b>PŘÍLOHA III .....</b>	<b>IV</b>

## Úvod

Základní sociodemografické ukazatele Ústeckého kraje jsou dlouhodobě nepříznivé a mohou tak zrcadlit adiktologickou problematiku v kraji, která je velmi rozšířena. Specifikem kraje je vysoký počet sociálně vyloučených lokalit s vysokou koncentrací sociálně vyloučených osob. Hlavními charakteristikami těchto lokalit je nízké vzdělání, vysoká nezaměstnanost, chudoba, předluženost a rozvinutá drogová scéna. Kumulují se zde sociální, ekonomické, zdravotní problémy a zvýšená kriminalita. Tyto negativní sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady ovlivňují zdravý vývoj jedince i celé společnosti. Sociodemografický profil a související rizikové faktory se podílejí na ohrožení jedince i celé společnosti ve vztahu k drogám. Nahromadění těchto jevů odráží studie v oblasti závislostního chování v Ústeckém kraji. Ústecký kraj zaujímá v adiktologické problematice dlouhodobě přední příčky ve statistických údajích České republiky. Protidrogová politika Ústeckého kraje ohrožení skupiny mladistvých jedinců reflektuje a zaměřuje se na zajištění realizace kvalitních programů primární prevence a efektivnější spolupráci v oblasti prevence na území kraje (Ústecký kraj, 2020).

Kromě výše uvedených skutečností je jedním z východisek této bakalářské práce má praktická zkušenost z pozice nejen lektora programů primární prevence v Ústeckém kraji, ale také z kontaktování škol a osobního jednání se školními metodiky prevence a metodiky prevence v pedagogicko-psychologických poradnách v Ústeckém kraji. Pedagogicko-psychologická poradna je hlavním partnerem škol a školských zařízení a role metodika prevence v ní spočívá nejen v koordinaci školních metodiků prevence, ale také mapuje výskyt rizikového chování a vytváří nápravné programy a programy prevence rizikového chování. V kraji působí jedna odborná adiktologická služba zaměřená na děti a mladistvé a možnost začlenění adiktologa do pedagogicko-psychologických poraden v Ústeckém kraji by mohla být přínosem pro tento kraj a její transdisciplinarní týmu. Adiktolog v pedagogicko-psychologické poradně by se mohl podílet na efektivitě intervencí a včasné diagnostice dětí, které jsou vulnerabilní k rizikovému chování v oblasti závislostí a koordinaci primární prevence.

Motivem tématu bakalářské práce byl také fakt, že studie cílené na uplatnění adiktologa ve školství zatím realizovány nebyly. V České republice a ani v zahraničí nejsou evaluace na možnosti uplatnění v oboru adiktologie zatím obvyklé (Pavlovská, 2018). Dosud realizované studie v České republice se zabývaly zjišťováním pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů (Pavlovská, Miovský, & Vacek, 2018) nebo se tohoto tématu pouze okrajově dotýkaly (Kačírková, 2015; Sklenářová, Francová, & Janouškovec, 2010). Jiné se zabývaly charakteristikou uplatnitelnosti profese adiktologa na trhu práce ze strany absolventů a jejich potenciálních zaměstnavatelů (Pavlovská, 2018) nebo byly informace o prvních zkušenostech se zaměstnáváním profese adiktologa v adiktologických službách získány od hlavních zaměstnavatelů v České republice (Lososová, Svěcená, & Miovský, 2020). Uplatněním adiktologa se zabývala jedna ze studií, která zjišťovala jeho rozšíření působnosti v zařízení s poruchami příjmu potravy (Hindová, 2019). První pokusy na pracovní uplatnitelnost v zahraničí se teprve objevují (např. Adams, Sellman, Newcombe, Adamson, White, Deering, & Todd, 2017), přesto, že uplatnění absolventů na trhu práce, je jedno ze společných témat Mezinárodního konsorcia univerzit nabízejících programy v adiktologii (ICUDDR) a Mezinárodní asociace sdružující profesionály v adiktologii (ISSUP). Téma je významné pro zpětnou vazbu k formě a účelu programů v adiktologii (Pavlovská, 2018).

Smyslem této pilotní studie je zmapovat možnosti pro další potenciální pole působnosti adiktologa a otevřít tak nový prostor se tímto tématem zabývat.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá sociodemografií a specifiky Ústeckého kraje, které zrcadlí adiktologickou problematiku kraje, a jsou zde představena dostupná data o užívání návykových látek, nelátkovém závislostním chování a výskytu rizikového chování mezi dětmi a mladistvými v Ústeckém kraji. Dále je v teoretické části představena dostupnost služeb primární prevence a služby v adiktologii pro děti a mladistvé. Zároveň základní charakteristika pedagogicko-psychologické poradny a oboru adiktologie včetně kompetencí a uplatnění adiktologa.

Praktická část se zabývá samotným výzkumem. Ve výzkumné části je na základě kvalitativního přístupu zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, který po analýze dat zodpoví hlavní cíl této studie – zmapování míry a charakteristiky uplatnění adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně Ústeckého kraje. Zároveň přinese odpovědi na dílčí cíle práce, kterými jsou zmapovat současný stav rizikového chování adiktologické problematiky v PPP ULK, přínos spolupráce adiktologa v PPP a identifikace možných překážek, které by spolupráci adiktologa v PPP v ULK bránily.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika Ústeckého kraje

U určité skupiny lidí, která je náchylnější ve vztahu k závislostnímu chování, se vulnerabilita či ohrožení definuje na základě sociodemografického profilu a souvisejících rizikových faktorů (Šťastná & Šucha, 2010). V této kapitole je uvedena základní sociodemografie Ústeckého kraje (dále ULK), který dlouhodobě zaujímá přední příčky v drogové problematice České republiky (dále ČR). Kumulace nepříznivých sociálních, zdravotních, trestněprávních, bezpečnostních a ekonomických jevů může tak odrážet drogovou problematiku v kraji. Součástí této kapitoly jsou i základní výstupy drogové problematiky v obecné populaci ULK, užívání návykových látek a hazardního hraní u dětí a mladistvých v ČR a ULK a výskyt rizikového chování v ULK.

### 1.1 Základní sociodemografie Ústeckého kraje

#### 1.1.1 Demografie ULK

Ústecký kraj se nachází na severozápadě České republiky a kromě Karlovarského, Plzeňského, Libereckého a Středočeského kraje sousedí také se státní hranicí s Německem. Rozloha kraje představuje 6,8 % z celé rozlohy České republiky. Můžeme ho rozdělit na čtyři oblasti, které se od sebe významně odlišují. První je Podkrušnohoří (okresy Chomutov, Most, Teplice a částečně Ústí nad Labem), které je specifické rozvojem průmyslu, kdy význam má těžba uhlí a průmysl energetický, strojírenský, chemický a sklářský. Druhou oblastí je Lounsko a Litoměřicko, které jsou významné svou produkcí chmele a zeleniny. Další oblastí jsou Krušné hory, které patří do velmi řídké osídleného horského pásma s omezenými hospodářskými aktivitami a poslední oblastí je Děčínsko, jehož severní část Šluknovsko je svou odlehlostí a obtížnou dostupností periferním územím (Podhorský, 2004). Celkem je v kraji 354 obcí, se statutem města 59 obcí. Okresními městy jsou Ústí nad Labem, Most, Teplice, Chomutov, Děčín, Litoměřice, Louny (Ústecký kraj, 2019a).

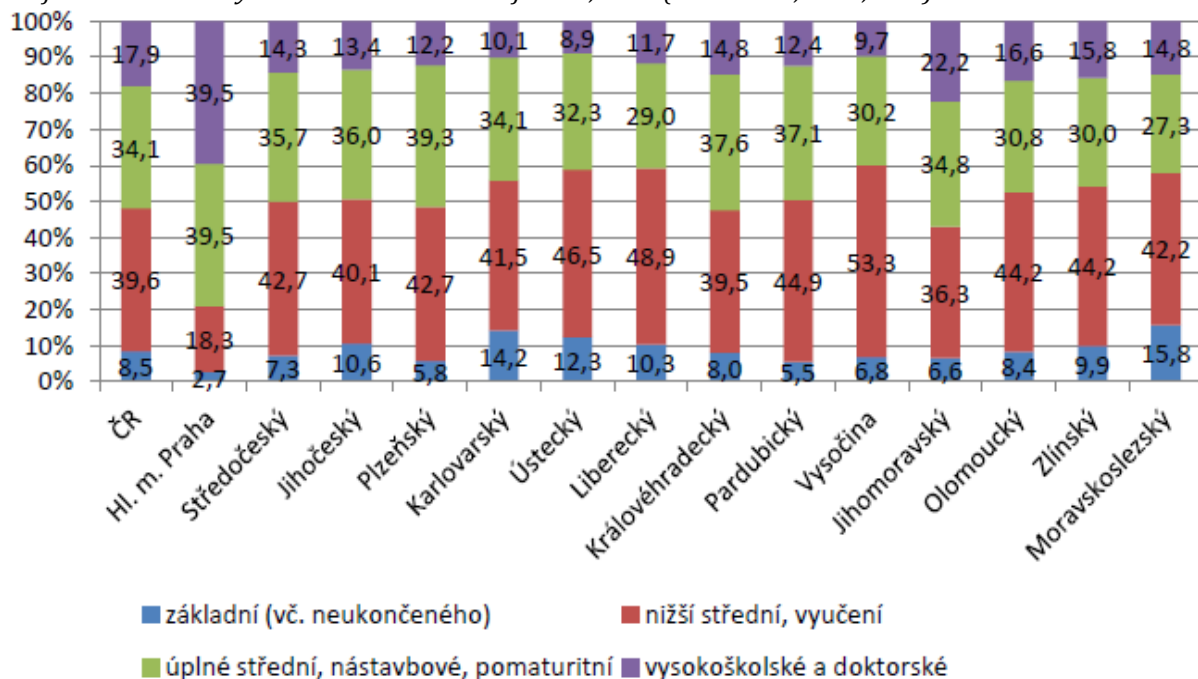
Region prošel v minulosti rozmanitým vývojem. Významnou roli ve vývoji Ústeckého kraje sehrála druhá světová válka a odsun občanů německé národnosti, kteří se podíleli na rozvoji kultury i hospodářství. Odsun německých občanů v pohraničí měl za následek úbytek obyvatel a zánik celých vesnic i měst, na kterých se také podílela důlní činnost. Vlivem migrační politiky, prosazované státem, zde velmi rychle narůstala romská populace, která byla vyháněna z tehdejšího východního Slovenska. Změna atmosféry celé oblasti měla vliv na sociální, ekonomické a průmyslové klima. Kraj lze považovat za méně atraktivní území pro život vlivem historického průmyslového zatížení, útlumu zemědělství a ekologických problémů, které vznikly v souvislosti s důlní činností. Důsledkem je nadprůměrná fluktuace obyvatelstva a osidlování etnicky i kulturně různorodými skupinami (Podhorský, 2004).

#### 1.1.2 Vzdělanostní skladba obyvatel v ULK

Vzdělanostní skladba obyvatelstva je v porovnání s celorepublikovými hodnotami podprůměrná. Podíl vysokoškolsky vzdělaných na pracovní síle sice vzrůstá, ale přesto za průměrem ČR zaostává. Tento problém je také umocněn tím, že vysokoškolsky vzdělaní hledají pracovní uplatnění mimo tento region, který nenabízí příliš kvalifikovaných pracovních příležitostí. Podíl obyvatel s maximálně základním vzděláním je naopak vyšší než republikový průměr (Český statistický úřad, 2018). Počet středních škol je v Ústeckém kraji ve srovnání s ostatními kraji

a s hlavním městem Prahou průměrný. Za rok 2016 ve srovnání s jinými kraji byla zaznamenána nejvyšší studijní neúspěšnost (nedokončení studia či neúspěch u státní maturity). V rámci celé České republiky se vyznačuje ULK nejvyšším počtem žáků opakujících ročník. Počet těchto žáků je především alarmující v přepočtu na počet obyvatel kraje i na počet žáků v základních školách. Vzdělání osoby v čele domácnosti ukazuje také na vzdělanostní deficit Ústeckého kraje (Balek, Barták, Hiekischová, Laštovková, & Vašat, 2018). Vzdělání osoby v čele domácnosti v krajích celé ČR je uváděno v grafu 1.

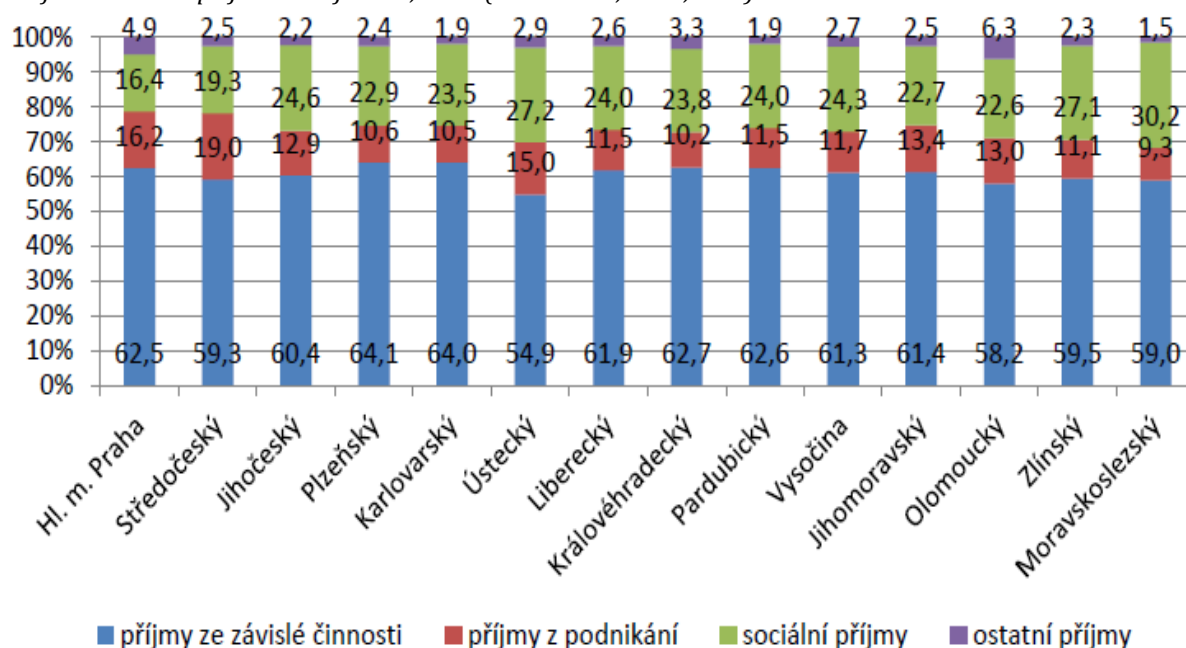
Graf 1: Vzdělání osoby v čele domácnosti v krajích ČR, 2016 (Balek et al., 2018, s. 18)



### 1.1.3 Zaměstnanost, finance

Míra zaměstnanosti v Ústeckém kraji dlouhodobě zůstává pozadu za celorepublikovou úrovní, a to i přesto, že klesá počet uchazečů o zaměstnání a roste počet pracovních příležitostí. Okresy Ústeckého kraje v rámci celé České republiky se se svým umístěním pohybují ve čtvrtině okresů s nejnižší zaměstnaností. Ústecký kraj jako jeden z krajů s nejvyšším podílem nezaměstnaných se také charakterizuje třetím nejvyšším podílem domácností s nejnižšími příjmy, a to i přesto, že příjmy domácností v Ústeckém kraji rostou (Český statistický úřad, 2018). Ve srovnání s ostatními kraji měl v roce 2016 nejvíce osob v nejnižší příjmové skupině do 6 000 Kč. Osob s příjmem do 10 000 Kč je zde nejvíce po kraji Moravskoslezském a Zlínském. Nízké příjmy potvrzuje i 16,1 % domácností s příjmem do 60 % mediánu (hranice chudoby dle Statistického úřadu Evropské unie (EUROSTAT), což řadí Ústecký kraj na druhé místo v poměru chudých domácností, těsně za kraj Moravskoslezský (17,8 %). Významně se také ULK odlišuje od ostatních z hlediska struktury příjmů. Příjmy ze závislé činnosti tvoří jen 55 % příjmů, což je nejméně ze všech krajů, příjmy z podnikání tvoří 15 %. Sociální příjmy s podílem 27,2 % řadí kraj na první místo (Balek et al., 2018). Struktura příjmů v krajích ČR za rok 2016 je uváděna v grafu 2.

Graf 2: Struktura příjmů v krajích ČR, 2016 (Balek et al., 2018, s. 21)



Tím, že jsou v ULK nižší příjmy a vysoký podíl nájemného bydlení tvoří 20,7 % čistých příjmů na náklady bydlení, jsou až pro 27,1 % rodin v kraji náklady na bydlení velkou zátěží v jejich rodinném rozpočtu. Tímto poměrem je Ústecký kraj druhým nejhorším krajem v České republice. V rámci exekucí byl z celkového počtu obyvatel na kraj počet exekucí 18 %, čímž se Ústecký kraj řadí na první místo mezi kraji v rámci ČR. S počtem exekucí 5,2 na jednu osobu se však výrazně neliší od ostatních krajů. Zároveň se v ULK vyhláší exekuce oproti jiným krajům při podstatně menších dlužných částkách (Balek et al., 2018).

#### 1.1.4 Rodina, děti a mládež v ULK

Dle Východisek pro tvorbu rodinné politiky ULK 2018 (Balek et al., 2018) je ve srovnání s ostatními kraji za rok 2016 ULK problematický z hlediska chování rodiny. V kraji je nejnížší sňatečnost, ale zároveň výrazně vyšší rozvodovost, kdy velký podíl rozvodů ovlivňuje negativním způsobem kvalitu života dětí, ale i samotných rozvádějících se rodičů. Je zde nejvíce evidovaných problémových dětí a mládeže, čemuž nasvědčuje zvýšený počet nefunkčních rodin. ULK je na nejvyšším místě po Moravskoslezském kraji, který má nejvyšší počet klientů evidovaných kurátory pro mládež v roce 2016. Viz tabulka 1.

Tabulka 1: Počet klientů evidovaných kurátory pro mládež v krajích ČR, 2016 (Balek et al., 2018, s. 64)

KRAJ	Celkem mládež
Hlavní město Praha	2289
Středočeský kraj	2836
Jihočeský kraj	2048
Plzeňský kraj	1087
Karlovarský kraj	1120
Ústecký kraj	4306
Liberecký kraj	1412
Královéhradecký kraj	1461
Pardubický kraj	1016
Kraj Vysočina	1273
Jihomoravský kraj	3550
Olomoucký kraj	1182
Zlínský kraj	1029
Moravskoslezský kraj	4516

V počtu řešených výchovných problémů Orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) má ULK obecně relativně nejvyšší hodnoty (tabulka 2) s výjimkou uložených výchovných opatření, kdy po Moravskoslezském kraji je na druhém místě. V řešení počtu přestupků však ULK zaujímá první místo ze všech ostatních krajů (Balek et al., 2018).

Tabulka 2: Situace řešené OSPOD v krajích v ČR, 2016 (Balek et al., 2018, s. 67)

KRAJ	Trestná činnost	Výchovné problémy	Uložená trestní opatření	Uložená výchovná opatření mladistvým	Opatření uložená dětem mladším 15 let	Přestupky
Hlavní město Praha	258	1431	51	32	33	160
Středočeský kraj	343	2232	53	39	71	380
Jihočeský kraj	285	1218	50	18	44	237
Plzeňský kraj	196	813	33	31	33	129
Karlovarský kraj	308	895	43	47	43	172
Ústecký kraj	498	2768	139	43	121	637
Liberecký kraj	279	872	28	31	38	90
Královéhradecký kraj	240	1120	62	41	47	129
Pardubický kraj	173	666	51	18	41	111
Kraj Vysočina	180	734	27	37	52	99
Jihomoravský kraj	596	2080	147	87	124	280
Olomoucký kraj	322	839	55	29	74	133
Zlínský kraj	153	505	20	35	31	94
Moravskoslezský kraj	686	3024	197	90	136	473

### 1.1.5 Kriminalita v ULK

Zvýšená kriminalita je charakteristická v sociálně vyloučených lokalitách, které jsou pro ULK specifické, a dle Analýzy sociálně vyloučených lokalit (Čada, Büchlerová, Korecká, & Samec, 2015) stále výrazně přibývají.

Z hlediska počtu trestných činů spáchaných dětmi do 14 let je ULK mírně nadprůměrný oproti jiným krajům (1 čin na 1000 dětí uvedeného věku). Mezi mladistvými ve věku 15–17 let je ULK na druhém místě hned za krajem Moravskoslezským, avšak s velkým odstupem od ostatních krajů (17 činů na 1000 mladistvých, kdy průměrná hodnota je 12,6) (Balek et al., 2018). Kriminalita obecné populace v Ústeckém kraji zaujímá po přepočtu trestných činů na 10 000 obyvatel (tzv. indexace) druhé místo v pořadí ze všech krajů České republiky, a to i přesto, že došlo k výraznému poklesu celkové evidované trestné činnosti (Ústecký kraj, 2019a).

## 1.2 Drogová problematika Ústeckého kraje v obecné populaci

Nakupení sociálně patologických jevů zrcadlí problematiku závislostí, která je v Ústeckém kraji dlouhodobě rozšířena. V České republice Ústecký kraj zaujímá za Prahou druhé místo v počtu odhadovaných problémových uživatelů pervitinu a opioidů. Přehled problémových uživatelů pervitinu a opioidů v krajích ČR je uveden v tabulce 3 (Mravčík et al., 2019). Primární droga, která převládá mezi uživateli Ústeckého kraje, je pervitin a intravenózní způsob aplikace. U mladých dospívajících se vyskytuje hlavně marihuana, taneční drogy a pervitin aplikovaný sniff či kouřením (Kalinová, 2019).

Tabulka 3: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v r. 2018 podle krajů – střední hodnoty (Mravčík et al., 2019, s. 78)

Kraj	Celkem PUPO		Uživatelé opioidů				Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1000 osob 15-64 let	Heroin	Buprenorfin	Jiné opioidy	Celkem		
Praha	12 400	14,73	2 600	3 800	600	7 000	5 300	12 300
Středočeský	2 200	2,57	< 50	400	< 50	400	1 800	2 000
Jihočeský	2 900	7,31	< 50	300	100	500	2 500	2 500
Plzeňský	2 700	7,49	< 50	< 50	500	500	2 200	2 500
Karlovarský	1 300	6,80	< 50	< 50	< 50	< 50	1 200	1 200
Ústecký	6 500	12,46	300	500	< 50	800	5 700	5 300
Liberecký	1 800	6,47	< 50	< 50	< 50	< 50	1 800	1 700
Královohradecký	1 200	3,65	< 50	100	100	200	1 100	1 100
Pardubický	700	2,29	< 50	< 50	< 50	100	700	600
Vysočina	1 100	3,31	< 50	< 50	< 50	100	1 000	800
Jihomoravský	3 100	4,15	300	< 50	100	300	2 800	2 800
Olomoucký	2 000	4,97	< 50	< 50	< 50	< 50	1 900	1 400
Zlínský	2 000	5,37	< 50	< 50	100	100	1 900	1 700
Moravskoslezský	3 700	4,86	< 50	< 50	100	100	3 600	3 400
<b>Celkem ČR</b>	<b>43 700</b>	<b>6,49</b>	<b>3 400</b>	<b>5 200</b>	<b>1 700</b>	<b>10 200</b>	<b>33 500</b>	<b>39 500</b>

Dostupnost a nabídka drog je v oblasti velmi jednoduchá a vysoká. Drogová kriminalita v ULK zaujímá za rok 2017 třetí místo mezi kraji v rámci celé ČR (Ústecký kraj, 2019a). Zvyšuje se také zapojením Romů, kteří se vracejí z Velké Británie a mají problémy s užíváním konopných látek



a stimulačních drog, včetně kokainu (Černíková, Dárek, & Klíma, 2019). Z Polska se již dlouhodobě dováží léčiva obsahující pseudoefedrin, který je určený k výrobě pervitinu. Hranice s Německem samy o sobě nabízí prostor pro obchod, a tak vietnamské komunity, které pěstovaly marihuanu, přechází k výrobě pervitinu, určenému hlavně pro německý trh. Jsou dobře organizované a pro Policii ČR je čím dál obtížnější tyto komunity odhalit a dokazovat pěstírny a varny. Do výroby pervitinu a marihuany jsou také zapojeny balkánské gangy. Hromaděním distributorů došlo k výraznému snížení ceny pervitinu, hlavně při odběru většího množství drogy. Komunikace mezi dealerem a konzumentem probíhá na sociálních sítích, k přepravě drog se využívají zásilkové služby, objednávky se realizují přes Darknet – temný trh (Kalinová, 2019). Problémové jsou hlavně sociálně vyloučené lokality, kdy výrazným a zhoršujícím se problémem je samotná výroba v těchto lokalitách, distribuce a užívání drog. Drogy užívají vícegeneračně celé rodiny, a snižuje se tak i věk uživatelů (Kalinová, 2019). To i přesto, že je zaznamenán v ULK výskyt špatné kvality a nejasného složení návykových látek, které uživatelům přináší zvýšené riziko zdravotních a psychických problémů. Je zaznamenána vyšší míra polyvalentního užívání, a to především kombinace užívání drog s benzodiazepiny, jinými léčivy a s alkoholem. Jednorázově se vyskytuje zneužívání Fentanylu, Neurolu nebo jiných léčiv. Na Chomutovsku je zaznamenáno zneužívání a obchodování s lékem Ritalin, který je na předpis od psychiatra. Opakovaně se na trhu v ULK objevuje buprenorfin, který je zneužíván intravenózně v kombinaci s jinými látkami. I na Teplicku, které je známé jako centrum heroínu, konkrétně v Dubí, se začal heroín nahrazovat buprenorfinem (Subutex) (Kalinová, 2019). Užívání heroínu bylo zaznamenáno mladými uživateli na Mostecku a Litvínovsku, kteří byli z řad vietnamské komunity a u nichž byl zaznamenán také výskyt užívání marihuany (Černíková et al., 2019). Zkušenosti s novými drogami, ani nové vzorce užívání nebyly v kraji zaznamenány (Kalinová, 2019).

V důsledku rizikového chování bylo proti roku 2017 dle údajů Krajské hygienické stanice (KHS) Ústeckého kraje hlášeno o 25 osob více s výskytem virové hepatitidy, celkem 179 osob (Kalinová, 2019). Mezi testovanými IUD (injekční uživatelé drog) s nejvyšší prevalencí VHC byl Ústecký kraj (35,8 %) na druhém místě hned po Praze (46,8 %) (Mravčík et al., 2019). Výskyt HIV pozitivivity byl zaznamenán v jednom novém případě, pohlavně přenosných nemocí bylo hlášeno 10 nových případů. Proti roku 2017 také KHS Ústeckého kraje zaznamenala o 407 případů intoxikace více, celkem 696 intoxikovaných osob. Promítá se sem však i více spolupracujících nemocnic pro sběr dat. Starších 19 let bylo 406 osob, 94 osob bylo ve věkovém rozmezí 15–19 let a 119 dětí do 15 let. Od roku 2016 je v kraji sledována i intoxikace ve věkové kategorii novorozenců, kdy v roce 2017 byla prokázána u 78 novorozenců. Úmrtí, která přímo nebo nepřímo souvisí s užíváním drog a způsobem života klientů, bylo v kraji v roce 2018 zaznamenáno celkem 14 případů (Kalinová, 2019).

### **1.3 Problematika nelátkových závislostí v Ústeckém kraji v obecné populaci**

Mezi nelátkovými závislostmi je stále větším problémem závislost na sociálních sítích, počítačových hrách a výherních automatech. Hazardní hraní je naprosto běžný jev v sociálně vyloučených lokalitách a u lidí, kteří dlouhodobě pobírají dávky sociální podpory. Všechny obce s rozšířenou působností mají oblast hazardu regulovatelnou prostřednictvím obecně závazných vyhlášek. V mnoha obcích se však řeší problémy s obcházením regulace hazardu, např. nahrazováním výherních automatů tzv. kvízomaty (Litvínov, Chomutov, Děčín). Jiným příkladem je situace na Lounsku, kde je nutná registrace hráče, což hráč řeší tím, že disponuje více hracími kartami na cizí osoby. Vyskytuje se často u distributorů drog, kteří za nový hráčský účet obstarají

uživatelé drogy se slevou. Na Chomutovsku a Kadaňsku došlo represí heren k přesunu hráčů na internet nebo na mobilní herní aplikace, to samé na Mostecku. Vícečetná závislost je řešena zřídka, pokud ano, jedná se o kombinaci s alkoholem. Mezi uživateli v kraji ve věku 10–40 let je vnímán nárůst závislosti na sociálních sítích a na komunikačních technologiích. Dochází k využívání nových technologií, a to k přechodu od počítače na smartphone a nyní i na chytré hodinky (Kalinová, 2019).

#### **1.4 Užívání návykových látek, hraní her a hazardních her u dětí a mladistvých v ČR a v ULK**

V oblasti prevalence užívání návykových látek, hraní her a hazardních her u dětí a mladistvých bylo realizováno mnoho studií a výzkumů. Výsledky užívání návykových látek u dětí a dorostu mohou být však zkreslené, jelikož data bývají sbírána z omezené věkové skupiny mladistvých. V této kapitole jsou zmíněny nejdůležitější zdroje dat pro ČR. Data pro Ústecký kraj jsou prezentována k adiktologické problematice primárně z výzkumné studie „*Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji*“, která byla realizovaná v roce 2017. V závěru kapitoly jsou uvedeny vyselektované výsledky 16letých respondentů z této studie v porovnání s výstupy ESPAD 2015 za ČR.

##### **1.4.1 Užívání návykových látek, hraní her a hazardní hraní ve školní populaci v ČR**

Česká republika se dlouhodobě účastní mezinárodních studií a realizuje také studie lokální. V rámci mezinárodních studií se účastní studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), která přináší v pravidelných 4letých intervalech výsledky zaměřené na zdraví a životní styl žáků na základních školách ve věku 11, 13 a 15 let. Poslední data v ČR byla zjišťována v roce 2018 (Mravčík et al., 2019). Užíváním tabáků u dětí ve věku 13–15 let se zabývá studie GYTS (Global Youth Tobacco survey) (Rolová, Mioviský, & Barták, 2018). Velmi významnou studií je studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), která sleduje užívání návykových látek a nově také prevalenci psychoaktivních látek, gamblingu a gamingu u dospívajících 16letých (Kraus, Leifman, Vicente, Guttormsson, Molinaro, & Arpa, 2016). Realizuje se od roku 1995 v pravidelných 4letých intervalech a poslední sběr dat proběhl v roce 2019. V době psaní této bakalářské práce nejsou výsledky zatím k dispozici, z toho důvodu jsou data v bakalářské práci uvedena ze studie ESPAD 2015. Česká republika ve srovnání s průměrem za všechny státy, které se do projektu ESPAD v roce 2015 zapojily, ukazuje, že studenti oproti svým vrstevníkům z ostatních evropských zemí kouří ve vyšší míře cigarety a konzumují alkohol, a to i co se týče konzumace nadměrných dávek alkoholu. Na předních místech oproti jiným státům Evropy je Česká republika v celoživotní prevalenci v užívání konopných látek a druhé místo obsadila v užívání sedativ mladistvými. Ve zbývajících indikátorech (užití nekonopných drog v životě a užití těžkých látek v životě) není rozdíl mezi českým a evropským průměrem zásadně rozdílný.

V roce 2016 podle metodiky ESPAD realizovalo NMS (Národní monitorovací středisko) validizační studii, která zjištěné výsledky ve studii ESPAD 2015 potvrdila (Chomynová, Csémy, & Mravčík, 2016). Na Validizační studii ESPAD 2016 navazovala „*Validizační studie ESPAD 2016 – prospektivní sledování 2018*“, ze které vyplývá, že mezi 16. a 18. rokem věku dochází k nárůstu zkušenosti mladých lidí s návykovými látkami. Největší nárůst se týkal časté konzumace alkoholu. Ukazuje se trend vyrovnávání rozdílů dle typu studované školy podle věku. Zkušenosti s užitím návykové látky v nižším věku je více u studentů SOU. Studenti z gymnázií a SOŠ s maturitou je však zvyšováním svého věku dohánějí a situace se tak mezi 18letými studenty vyrovnává. Výjimkou jsou

rozdíly v prevalenci denního kouření mezi studenty, kdy více kouří 16 a 18letí studenti SOU (Chomynová et al., 2016).

Virtuální svět se stává novou oblíbenou volnočasovou aktivitou dětí a dospívajících a pod vlivem informací a postojů sdílených ve virtuálním světě dochází k přirozené změně životního stylu mládeže. Čeští studenti využívají internet průměrně šest dní z celého týdne a převážně se zabývají aktivitou na sociálních sítích (Chomynová et al., 2016). Gaming stejně jako užívání návykových látek přináší řadu rizik a negativních dopadů, které se odráží na fyzickém i psychickém zdraví jedince, může docházet k narušení vztahů s rodinou, kamarády i k problémům ve škole (Suchá, Dolejš, & Pipová, 2019). Dle ESPAD 2015 mají významně vysokou prioritu opatření, která by minimalizovala negativní dopady nelátkového závislostního chování dospívajících.

### **Alkohol**

Dle ESPAD 2015 došlo oproti roku 2011 u mladistvých k výraznému poklesu míry užívání alkoholu, přesto stále 16letí studenti ČR obsazují přední místa v konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech, což uvedlo 68,4 % studentů, a pití nadměrných dávek alkoholu. Pití pěti sklenic a více při jedné akci přiznalo 41,9 % studentů a 95,8 % studentů uvedlo zkušenosti s alkoholem někdy v životě. Vysoká prevalence se zkušeností alkoholu někdy v životě byla také u 17–18letých studentů (97,6 %) (Mravčík et al., 2019). Studie HBSC uvádí, že většina dětí z ČR oproti jiným státům má první zkušenost s užitím alkoholu ve věku 13 let a méně, a to včetně první opilosti ve 13 letech (Gecková, Dankulinová, Sigmundová, & Kalman, 2016). Dostupnost legálních látek je v České republice dlouhodobě vysoká. Více jak 80 % studentů ČR si dokáže velmi snadno obstarat pivo a více jak polovina studentů i jiný druh alkoholu (Chomynová et al., 2016).

### **Kouření tabáku, elektronické cigarety**

Stejně jako u alkoholu došlo dle ESPAD 2015 oproti roku 2011 k poklesu kouření cigaret. Studenti České republiky ve věku 16 let jsou však stále na předních místech v kouření tabáku. V roce 2015 byla zjištěna celoživotní prevalence u 16letých 66,1 %, z toho 15,3 % kouřilo denně a v roce 2018 zkušenost s kouřením tabáku u 17–18letých studentů uvedlo 70,5 %, z toho 15 % studentů kouřilo denně. Dle studie HBSC uvedlo denní kouření v r. 2018 8 % chlapců a 7 % dívek ve věku 15 let (Mravčík et al., 2019). Cigarety si dokáže obstarat více jak 80 % studentů (Chomynová et al., 2016). V rámci kouření se také objevuje trend elektronických cigaret, kdy sběr dat provedla „Validizační studie ESPAD 2016 – prospektivní sledování 2018“. Zkušenost někdy v životě uvedlo 61,2 % 17–18letých studentů (Mravčík et al., 2019). Ze zahraničních zkušeností v oblasti veřejného zdraví vyplývá, že kouření elektronických cigaret může zvýšit míru užívání škodlivějších tabákových výrobků (Polosa, Russell, Nitzkin, & Farsalinos, 2017).

### **Nelegální drogy**

Prvenství ve zkušenostech s užitím konopných látek dle ESPAD 2015 uvedlo někdy v životě 36,8 % českých studentů. Prevalenci v posledních 12 měsících 12,8 % studentů. Dle HBSC v roce 2018 uvedlo zkušenost s užitím konopných látek někdy v životě 20 % chlapců a 17 % dívek ve věku 15 let (Mravčík et al., 2019). Konopné látky si dokáže v České republice snadno obstarat necelá polovina studentů 46,1 % (Chomynová et al., 2016).

Dle ESPAD 2015 uvedlo LSD a jiné halucinogeny v celoživotní prevalenci 3,8 % studentů, extázi 2,7 % a pervitin a kokain 1,4 % dotázaných studentů. Jinou nelegální drogu uvedlo

7 % respondentů, za posledních 30 dní pak 13,4 % studentů. Nejhorší dostupnost studenti uváděli pro extázi (23,6 %), pervitin (12,4 %) a kokain (10,9 %) (Chomynová et al., 2016).

### **Léky se sedativním účinkem**

Dle ESPAD 2015 by si léky se sedativním účinkem dokázala snadno obstarat necelá polovina studentů. Zvyšuje se míra užívání léků s tlumícím účinkem u chlapců a oproti roku 2011 (11,7 %) byl zvýšený nárůst užívání sedativ zaznamenán u dívek (20,5 %). Byly zaregistrovány rozšířené zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře (15,7 %), které si snadno dokáže obstarat necelá polovina studentů (Chomynová et al., 2016).

### **Počítačové hry a internet**

Studenti v ČR dle ESPAD 2015 trávili průměrně na internetu 6,2 dní ze 7 dní. Sociální sítě využívalo 83 % studentů, více dívky. Surfování, vyhledávání informací na internetu uvádělo 42 % (více dívky) a streamování, filmy uvádělo 28 % studentů (více chlapci). Více jak 4 dny ze 7 dní trávilo při hraní her 26 % dotazovaných studentů (více chlapci), hazardnímu hraní se věnovala 3 % (více chlapci), nakupování 11 %, kde poměr mezi chlapci a dívky byl vyrovnaný. Hazardnímu hraní za posledních 12 měsíců se alespoň jednou věnovalo 9 % studentů, často uvedlo 5 % studentů, kdy převaha v obou případech je u chlapců. Takto tráví 1/3 studentů čas o víkendu déle než 6 hodin (Kraus et al., 2016).

#### **1.4.2 Užívání návykových látek, hraní her a hazardních her ve školní populaci ULK**

Popsaná specifika Ústeckého kraje poukazují na ohrožené skupiny, které jsou obzvláště náchylnější k časnějšímu nebo problémovějšímu užívání drog. Patří mezi ně mladí lidé s nedokončeným vzděláním, mladí pachatelé trestné činnosti, studenti, kteří mají problémy v sociální rovině nebo potíže s prospěchem a také děti a mladiství žijící ve znevýhodněných rodinách a čtvrtích.

Jak vyplývá z počtu odhadu uživatelů návykových látek vzhledem k počtu ambulantně léčených v populaci 14–19letých, Ústecký kraj zaujímá první místo v užívání metamfetaminu v posledních 30 dnech. Také je v první pětici v užívání 11 a více cigaret denně za posledních 30 dní a v opakovaném užití konopných látek 6krát a vícekrát za posledních 12 měsíců (Rolová et al., 2018).

V letech 2015 a 2016 byla v Ústeckém kraji provedena studie Pedagogickou fakultou Univerzity Jana Evangelisty Purkyně s názvem „*Kouření tabáku, konzumace alkoholu a užívání marihuany u studentů středních škol Ústeckého kraje*“. Pro sběr dat byly využity otázky Evropského modelového dotazníku, který se na tuto problematiku zaměřuje. Výzkum byl realizován na 43 středních školách v Ústeckém kraji. Celkem bylo vyhodnoceno 3558 dotazníků. Studie potvrdila specifika Ústeckého kraje v adiktologické problematice a poukázala na vysokou prevalenci užívání návykových látek u mládeže a na rozdíly oproti jiným částem ČR (Pyšný, Pyšná, Petrů, Cihlář, & Görner, 2018). Následně koncem roku 2017 Ústecký kraj realizoval výzkumnou studii ve školní populaci s názvem „*Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji*“, kterou zpracovávala Fakulta sociálně ekonomická Univerzity Jana Evangelisty Purkyně ve spolupráci se SCAN z.s. Byla zaměřena na zkušenosti dospívajících s kouřením, alkoholem, drogami, hraním na počítači, sázením a užíváním sociálních sítí. Součástí také byly dotazy zaměřené na sociodemografickou strukturu studentů, na formu a rozsah preventivních aktivit a náhled studentů na realizované preventivní aktivity. Celkem se zapojilo 17 škol a analyzováno bylo 1047 validních dotazníků, věkový rozsah byl 15–24 let, modus 16 let. Šetření

bylo anonymní. Shrnuté výsledky studie ukázaly, že v Ústeckém kraji třetina studentů aktuálně kouří, 80 % studentů pije alkohol a nadměrné dávky opakovaně užívá 20 % studentů. Dle CAGE je ohroženo 28 % studentů. Polovina studentů má zkušenosti s nelegální drogou. Svůj volný čas tráví denně online 80 % studentů. Problémovým hráčstvím je ohrožena 4 % studentů a závislostí na internetu/hrách téměř 10 %. Nejvyšší procentní zastoupení ohledně užívání jednotlivých návykových látek měli studenti učilišť. Výjimka se vyskytla u pití alkoholu a užívání sedativ, které nejvíce užívali gymnazisté (Ústecký kraj, 2019b). Důležité je podotknout, že v Ústeckém kraji existuje „specifická“ skupina dospívajících, zejména v sociálně vyloučených lokalitách, která již nenavštěvuje střední školy, a údaje o jejím vztahu k návykovým látkám tudíž zcela chybí. Data z výzkumné studie *„Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji“* jsou vložena do tabulky 4, která je uvedena v příloze I.

Tým realizátorů Ústeckého kraje výzkumné studie *„Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji“* vyseletoval výsledky pouze 16letých respondentů a porovnal je s výstupy ESPAD 2015 za ČR. Celkem vyseletoval 395 respondentů, nejvíce jich bylo ze střední odborné školy (295) a nejméně z gymnázia (54). Porovnáním bylo zjištěno, že 16letí studenti z Ústeckého kraje vykazují podobnou zkušenost se sledovanými jevy jako 16letí studenti za Českou republiku (Ústecký kraj, 2019b). Přehled dat, která porovnávají údaje ESPAD 2015 za ČR a 16leté studenty z Ústeckého kraje 2017, je vložen do tabulky 5.

Tabulka 5: Srovnání ESPAD 2015 v rámci ČR a studie „Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji“ (2017) u 16letých studentů (Ústecký kraj, 2019b).

OBLAST	PREVALENCE	ESPAD v rámci ČR 2015	ULK výzkumná studie 2017
CIGARETY	Někdy v životě kouřilo cigarety	66,0 %	61,1 %
	V posledních 30 dnech	29,9 %	34,6 %
	Kouří denně	16,4 %	20,3 %
	Ø věk první zkušenosti s cigaretou	11,9 let	12,7 let
	Schopnost snadno si obstarat cigarety	> 80,0 %	84,3 %
ALKOHOL	Celoživotní prevalence	95,8 %	93,3 %
	V posledních 30 dnech	68,5 %	63,6 %
	V posledních dnech 5 a více sklenic	41,9 %	46,4 %
	Ø věk první zkušenosti s alkoholem	12,6 let	13,2 let
	Schopnost snadno si obstarat pivo	> 80 %	84,3 %
	Schopnost snadno si obstarat jiný druh alkoholu	> 50,0 %	> 70,0 %
DROGY	Celoživotní prevalence	37,4 %	35,9 %
	z toho 36,8 % konopí		z toho 32,2 % konopí
	Extáze	2,7 %	6,0 %
	LSD a halucinogeny	3,8 %	5,8 %
	Halucinogenní houby	3,3 %	5,8 %
	Pervitin	1,4 %	0,2 %
	Kokain	1,4 %	0,3 %
	Ostatní nelegální drogy	< 1,0 %	< 1,0 %
	Schopnost snadno si obstarat konopí	> 50,0 %	49,0 %
Ø věk první zkušenosti s konopím	14,5 let	14,7 let	
INTERNET	PC hry denně	27,6 %	38,6 %
	Surfování po internetu denně	83,9 %	75,4 %
	Na internetu v pracovní den 4 a více hodin	41,5 %	52,0 %
	Na internetu o víkendu 4 a více hodin	53,4 %	68,3 %
	Sociální sítě denně	-----	84,6 %
HAZARDNÍ HRY	Někdy v životě hrálo	-----	13,4 %
	V posledním roce	9,1 %	-----
	Riziko vzniku problémového hráčství	2,7 %	2,5 %

### 1.5 Výskyt rizikového chování na školách v České republice, srovnání krajů ČR

Specifika sociodemografie ULK vzájemně zrcadlí výskyt rizikového chování na školách v ULK. Ze studie, která proběhla v České republice v roce 2017/2018 a měla za cíl podat informace o prevenci rizikového chování ve školách, jsou vybrána data zabývající se výskytem rizikového chování v krajích. Data pro celou studii byla získávána z registru Systému evidence preventivních aktivit (SEPA) a celorepublikově byl celkový počet výskytů případů či žáků, kteří vykazují rizikové chování 98 871 z celkového souboru 620 614 studentů. Míra zapojení škol do SEPA byla v jednotlivých regionech různá a pohybovala se od 3 % až po 84 %. Data z Ústeckého kraje byla dostupná od 10 % škol, která byla do systému SEPA v době studie zapojena (Vacek, Gabrhelík, Rokosová, Petrenko, & Myšková, 2019). Míra zapojení škol do SEPA je uvedena v tabulce 6.

Tabulka 6: Regiony podle zapojení škol do SEPA (Vacek et al., 2019)

Kraj	Zapojeno do studie	Kraj	Zapojeno do studie
Hlavní město Praha	17 %	Královéhradecký kraj	56 %
Středočeský kraj	52 %	Pardubický kraj	49 %
Jihočeský kraj	30 %	Kraj Vysočina	3 %
Plzeňský kraj	6 %	Jihomoravský kraj	59 %
Karlovarský kraj	23 %	Olomoucký kraj	26 %
Ústecký kraj	10 %	Zlínský kraj	83 %
Liberecký kraj	59 %	Moravskoslezský kraj	84 %

Ve výskytu jednotlivého typu rizikového chování na školách vykazoval Ústecký kraj srovnatelné údaje s jinými kraji (viz tabulka č. 7 v příloze č. 2). Přestože bylo zapojeno pouze 10 % škol, zaujímal Ústecký kraj ze všech 14 krajů místo v první trojici ve výskytu rizikového chování v kyberšikaně, v záškoláctví, ve skrytém záškoláctví, v kriminálním chování, v zanedbávání a zneužívání, v užívání konopí, v užívání návykových látek. Na prvním místě byl v užívání tabáku, čtvrté místo zaujal v užívání alkoholu (Vacek et al., 2019).

## **2 Síť adiktologických služeb a primární prevence u dětí a mládeže v ULK**

Výskyt rizikového chování u dětí a mladistvých a s ním spojená adiktologická témata v Ústeckém kraji jsou výrazná. Víme, že rozvoj závislosti a problematika s tím spojená nevzniká až v dospělosti. Celkem 95 % všech závislých uživatelů alkoholu a drog započalo svou drogovou kariéru již před osmnáctým rokem života (Clark, Thatcher, & Tapert, 2008). Proto je třeba věnovat zvýšenou pozornost preventivním programům rizikového chování již u mladších věkových kategorií, včasné diagnostice a systému adiktologických služeb pro děti a mladistvé.

### **2.1 Síť adiktologických služeb pro děti a mladistvé v ULK**

V ULK není mnoho zařízení, která by se specializovala na poskytování odborné adiktologické péče pro děti a mladistvé. Jedinou odbornou adiktologickou službou pro děti ve věku 10–18 let je Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost v Ústí nad Labem, kterou zrealizovala v roce 2017 organizace DRUG-OUT Klub z.s. Služba patří mezi zdravotnické zařízení a zároveň je i službou sociální. Dalším zdravotnickým zařízením, o kterém by se dalo uvažovat jako o službě pro dětské adiktologické pacienty, je Dětská psychiatrická nemocnice Louny, která se na adiktologickou problematiku nezaměřuje. Dětský adiktologický pacient se zde vyskytne spíše sporadicky. Pro pedopsychiatry, kterých je všeobecně nedostatek, nejsou zpracované a schválené adiktologické doporučené postupy (Raboch, Andrs, Hellerová, & Uhlíková, 2010) a v kraji je navíc zastupují psychiatři pro dospělé, což vyplývá z parere nalezených v chorobopisech při návštěvě DPN Louny (Veřejný ochránce práv, 2013).

V rámci sociálních služeb jsou v ULK služby, které mohou poskytovat adiktologickou péči mladistvému od 15 let. Mezi ně patří zařízení K-center, kterých je v ULK devět, a jim přidružené sociální poradenské služby pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé a pro osoby jim blízké. V ULK je také jedna terapeutická komunita, TK WHITE LIGHT I., z.s., Mukařov, která poskytuje pobytovou službu pro osoby také již od 15 let. Od 15 let je pro ex-uživatele drog poskytována ambulantní péče v Centru pro rodinu a následnou péči Most k naději, z.s. v Mostě.

V péči o děti a dorost figurují také diagnostické a výchovné ústavy a střediska výchovné péče, které zřizuje MŠMT (Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy). Diagnostický ústav v ULK chybí. Děti jsou odkazovány do diagnostického ústavu v Liberci (Ústecký kraj, 2019a). Dle Brtníkové (2017) jsou děti a dospívající s problémy v oblasti užívání návykových látek směřováni právě do pobytové péče o děti a adolescenty kvůli nedostatečnosti adiktologických služeb v celé republice.

Podle Rolové et al. (2018) je v ČR mnohonásobně více dětí, které by potřebovaly intervenci ohledně užívání návykových látek, než kolik jich bylo léčeno v roce 2016 v psychiatrických ambulancích. Současně odhad problematických uživatelů návykových látek na základě ESPAD 2015 ukazuje na nedostatečnou kapacitu adiktologických zařízení v ČR. Vysoká potřebnost zabezpečit ČR specializovanou adiktologickou ambulanci pro děti a mládež stále trvá. Tato potřeba však nelze uspokojit pouze v rámci systému služeb, protože tyto služby nemohou existující potřebu svou kapacitou ani saturovat (Rolová et al., 2018).



## **2.2 Koordinace a síť služeb primární prevence v Ústeckém kraji**

### **2.2.1 Koordinace primární prevence v Ústeckém kraji**

Koordinaci primární prevence (PP) na vertikální úrovni v kraji zajišťuje krajský školský koordinátor prevence (KŠKP) na Krajském úřadě Ústeckého kraje, odbor školství, mládeže a tělovýchovy. KŠKP spolupracuje s MŠMT i na dotačním řízení pro oblast primární prevence a předává informace metodikům prevence v jednotlivých pracovištích Pedagogicko-psychologické poradny (PPP), kteří se podílejí na zabezpečení koordinace primární prevence rizikového chování (PPRCH) na vertikální úrovni v kraji. Pod metodikem prevence v PPP jsou školní metodici prevence, čili vybraní pedagogové ze škol a školských zařízení (Pilař, Budinská, & Holická, 2015).

Do prevence rizikového chování také zasahuje krajský protidrogový koordinátor, manažer prevence kriminality a krajský koordinátor pro romské záležitosti, který působí na odboru sociální péče Krajského úřadu Ústeckého kraje (Vaverková, 2020).

### **2.2.2 Poskytovatelé primární prevence v Ústeckém kraji**

Mezi složky a poskytovatele primární prevence v ULK patří školy a školská zařízení, Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Teplice, nestátní neziskové organizace a další instituce (policie, zdravotní ústav). Díky dotační podpoře a procesu certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence Ústeckým krajem se podařilo v posledních letech certifikovat své programy primární prevence několika NNO. I přesto, že byl tento proces posílen, je v kraji primární prevence stále nedostatečně zajištěna. Realizaci prevence na školách ztěžuje nevyhovující postavení metodika prevence, který nemá sníženou přímou vyučovací povinnost, nedostatečné finanční ohodnocení těchto pracovníků a celkově podfinancování celého systému prevence. Všechny tyto faktory vedou mnohdy k pouze formálnímu naplňování preventivních programů škol i k zajišťování nekvalitních jednorázových aktivit (Ústecký kraj, 2020).

#### **Školy a školská zařízení**

Školy a školská zařízení realizují své preventivní programy, za které zodpovídá ředitel školy. Jsou sestaveny v souladu se školním a vnitřním řádem školy a preventivním programem, který stanovuje vyhláška č. 72/2005 Sb., § 7 odst. 3. Školní metodik prevence může navrhované aktivity konzultovat s metodikem prevence v pedagogicko-psychologické poradně, která je hlavním partnerem škol a školských zařízení (Pilař et al., 2015).

#### **Pedagogicko-psychologická poradna**

PPP Ústeckého kraje a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Teplice, příspěvková organizace působí v rámci vertikální koordinace jako hlavní spojovací článek mezi krajem a samotnými školami a školskými zařízeními. Cílem pedagogicko-psychologické poradny v oblasti prevence rizikového chování je metodické vedení škol a školských zařízení při realizaci a tvorbě preventivních programů a poskytování a zprostředkovávání preventivních programů a intervencí (Knotová, 2014). Bližší charakteristika a činnost PPP jsou uvedeny v další kapitole.

### **Nestátní neziskové organizace (NNO)**

Nestátní neziskové organizace jsou na resortu školství nezávislé, školám a školským zařízením poskytují své programy primární prevence. Programy NNO jsou v rámci akreditovaného rozsahu rizikového chování sestavovány „na míru“ potřebám škol i jednotlivých tříd, poskytují specifickou všeobecnou primární prevenci. Certifikované programy primární prevence v Ústeckém kraji poskytují: Světlo Kadaň z. s. (okres Chomutov) s programem „Světlem k prevenci“, Oblastní spolek Českého červeného kříže Litoměřice (okres Litoměřice) poskytující „Program dlouhodobé školské primární prevence“, WHITE LIGHT I., z. ú. (okres Ústí nad Labem) s programem „Všeho (jenom) s (M)írou“, Centrum podpory zdraví z. ú. (okres Ústí nad Labem) s programem „Cepík – zdravý životní styl předškolních dětí“. Programy, které se zabývají selektivní a indikovanou prevencí v oblasti závislostí, nemá ULK certifikované žádné (Vaverková, 2020).

### **Další instituce**

Na zajišťování primární prevence ve školách se také podílí Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem s programem „Hravě o prevenci“ a zástupci Policie ČR s besedami. Oddělení tisku a prevence Krajského ředitelství Policie ČR Ústeckého kraje se zabývá oblastí závislostí, které realizuje již třetím rokem projekt Drogy a právo. Ten je určen studentům prvních a druhých ročníků SŠ v kraji (Vaverková, 2020).

### 3 Pedagogicko-psychologická poradna a její postavení ve školském systému

S ohledem na téma bakalářské práce se tato kapitola zaměřuje na charakteristiku a činnost pedagogicko-psychologické poradny, složení odborného týmu a jejich pracovní náplně a rovněž na konkrétní problémy, s nimiž děti, žáci a studenti do poradny vstupují.

#### 3.1 Charakteristika a činnost PPP

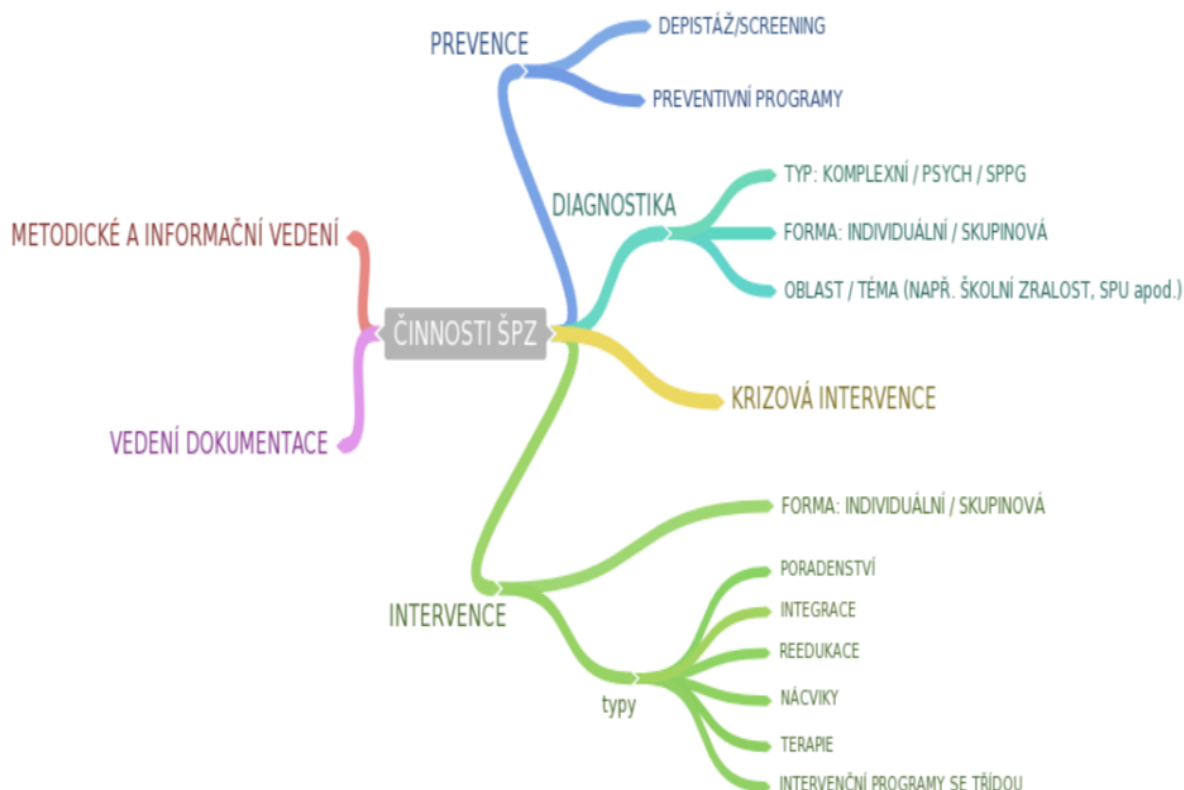
Pedagogicko-psychologická poradna patří společně se speciálně pedagogickým centrem mezi školská poradenská zařízení. Pedagogicko-psychologická poradna je hlavním partnerem škol a školských zařízení a je zřizována podle školského zákona č. 561/2004 Sb. Řídí se vyhláškou č. 248/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Standardní činnosti PPP stanovuje příloha č. 1 této vyhlášky (*Úplné znění č. 1338, Regionální školství, pedagogičtí pracovníci, 2019*).

Své služby poskytuje bezplatně a cílovou skupinou jsou pedagogičtí pracovníci, rodiče či zákonní zástupci dítěte, především ale děti od tří let, žáci až vysokoškolští studenti. Rodiče dětí mohou kontaktovat PPP sami nebo po dohodě s nimi ji může kontaktovat škola. Práce s klienty probíhá ambulantně přímo na pracovišti PPP nebo v terénu ve školách a školských zařízeních, a to formou individuální nebo skupinové práce. PPP musí také postupovat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a to zejména v rámci předávání informací o dětech, žácích a jejich zákonných zástupcích třetím osobám (Knotová, 2014).

Hlavní náplň PPP je zajištění informační, diagnostické, poradenské a metodické činnosti. Poskytuje intervence a nápravné péče dětem, žákům a studentům se vzdělávacími problémy, včetně specifických poruch učení, s výchovnými problémy, včetně specifických poruch chování a žákům neprospívajícím. Své služby poskytuje také zákonným zástupcům dětí. Napomáhá při volbě vhodného vzdělávání a přípravě na budoucí povolání. Od 90 let participuje na činnostech v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže, zajišťuje prevenci rizikového chování, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence. Diagnostikuje sociální klima a rizikové chování v třídních kolektivech jako podklad pro tvorbu nápravných programů a programů prevence rizikového chování a pomáhá při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů. Věnuje se diagnostice dětí předškolního věku z důvodů školní zralosti a nerovnoměrného vývoje (Knotová, 2014). Přesné Standardní činnosti poradny podle přílohy č. 1 vyhlášky č. 72/2005 Sb. jsou uvedeny v příloze III této bakalářské práce.

Dle zákona č. 561/2004 Sb., § 115 „školská poradenská zařízení spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, poskytovateli zdravotních služeb, popřípadě s dalšími orgány a institucemi“.

Struktura činností PPP je zobrazena v obrázku 1.



Obrázek 1: Základní činnosti školního pedagogického zařízení (Zapletalová, Kovaříková, Durmeková, Jelínek, & Nesládek, 2020, s. 8)

### 3.2 Odborný tým v pedagogicko-psychologické poradně

Odborný tým v pedagogicko-psychologické poradně obvykle tvoří psycholog, speciální pedagog, metodik prevence a sociální pracovník. Zajišťují odborné poradenské služby pro děti, žáky, studenty a jejich rodiče, spolupracují s dalšími školskými poradenskými pracovníky a s poradenským týmem školního poradenského pracoviště. Také spolupracují i s dalšími subjekty, které se podílejí na péči o klienty mimo školství, zvláště pak s orgány veřejné moci, a zajišťují metodické vedení výchovných poradců a školních metodiků prevence ve školách (MŠMT, n.d.a).

Níže popsané pracovní činnosti odborného týmu v PPP vychází z přílohy č. 4 k vyhlášce 72/2005 Sb., o Standardních činnostech pedagogických a dalších pracovníků zajišťujících poradenské služby ve školských poradenských zařízeních.

#### Psycholog v PPP

Dle § 19 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, získává psycholog odbornou kvalifikaci svým vysokoškolským vzděláním v akreditovaném magisterském studijním programu psychologie. V PPP se zabývá psychologickou diagnostikou v případech vzdělávacích a výchovných problémů a psychologickou prevencí a reedukací. Provádí krizovou intervenci, individuální a skupinovou diagnostiku a intervence a poradenské služby dětem i rodičům. Pedagogickým pracovníkům zajišťuje metodickou pomoc v oblasti podpory žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, s výchovnými problémy a s rizikovým chováním.

### **Speciální pedagog v PPP**

Speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci podle § 18 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd. V PPP posuzuje podle jednotlivých speciálně pedagogických specializací (psychoped, surdoped, logoped, tyflop, somatoped) úroveň školských dovedností a kvalitu percepčních funkcí, které jsou podkladem specifických poruch učení. Vede speciální pedagogické poradenství zákonným zástupcům a provádí intervence a metodickou pomoc pedagogům při zajišťování speciálně pedagogické péče o žáky.

### **Metodik prevence v PPP**

Metodik prevence v PPP představuje důležitý stupeň v rámci vertikální úrovně koordinace primární prevence rizikového chování (PPRCH). V tomto systému nad ním stojí krajský školní koordinátor prevence (v čele s MŠMT) a pod ním jsou školní metodici prevence, čili vybraní pedagogové ze škol a školských zařízení. Činnost metodika prevence v PPP je vymezena několika legislativními dokumenty. Některé dokumenty upravují potřebnou kvalifikaci, jiné činnosti a kompetenci. V jejich obsahu je možno nalézt různé úhly nahlížení na tuto pozici.

Obecné vymezení činnosti školního metodika prevence nalezneme ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Vyhláška uvádí „*pedagogicko-psychologická poradna prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence.*“ Vyhláška 72/2005 Sb. dále ve Standardních činnostech poradny uvádí tyto úkoly:

- metodické vedení práce výchovných poradců a školních metodiků prevence v základních a středních školách;
- metodická pomoc při tvorbě preventivních programů škol.

Odbornou kvalifikaci získává metodik prevence v PPP podle § 19a zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, kde se formuluje požadavek na kvalifikaci metodika prevence: „*metodik prevence v PPP získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu.*“

Pozice metodika prevence v PPP je zároveň vymezena ve školském zákoně č. 561/2004 Sb., kde je uvedena činnost pedagogicko-psychologické poradny vzhledem k rizikovému chování a kde školský zákon vymezuje a uvádí, že školy a školská zařízení jsou povinny předcházet vzniku sociálně patologických jevů.

Podle čtyřúrovňového modelu kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství je metodik prevence v PPP ukotven ve 4. stupni expertní úrovně. Jeho kvalifikační a hodnotící předpoklady vycházejí z dokončeného vysokoškolského magisterského studia blízkeho primární prevenci rizikového chování (např. pedagogika, speciální pedagogika, psychologie, adiktologie atp.). Aby splňoval nároky 4. stupně, musí absolvovat pokročilé kurzy primární prevence v rozsahu 296 hodin s minimálním podílem 96 hodin sebezkušenosti a pět let praxe v primární prevenci ve školství nebo organizování primárně preventivních aktivit s cílovými skupinami dětí a mládeže či vzdělávání dospělých v oblasti PPRCH (Charvát, Jurystová, & Miovský, 2012).

Podrobnější vymezení aktivit metodika prevence v PPP je obsaženo v *Metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* (MŠMT, n.d.b, s. 5) kdy metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně:

a) zajišťuje za PPP specifickou prevenci rizikového chování a realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti vymezené krajským úřadem;

b) zajišťuje koordinaci a metodickou podporu školních metodiků prevence organizuje pro ně pravidelné pracovní porady (semináře) a poskytuje jim individuální odborné konzultace;

c) na žádost školy a školského zařízení pomáhá ve spolupráci se školním metodikem prevence a dalšími pedagogickými pracovníky řešit aktuální problémy související s výskytem rizikového chování;

d) udržuje pravidelný kontakt se všemi institucemi, organizacemi a subjekty, které se v kraji v prevenci angažují;

e) spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence zejména při vypracovávání podkladů pro výroční zprávy či jiná hodnocení a při stanovování priorit v koncepci preventivní práce ve školství na úrovni kraje;

f) pečuje o svůj odborný rozvoj formou dalšího vzdělávání v problematice specifické prevence;

g) minimální rozsah činnosti metodika prevence v PPP je 0,5 úvazku, doporučený rozsah činnosti je plný úvazek;

h) má VŠ vzdělání.

Během psaní bakalářské práce byly zveřejněny výstupy projektu IPs KIPR 2016–2020, které určovaly jednotná pravidla pro poskytování školských poradenských služeb. Realizátorem projektu byl Národní ústav pro vzdělávání a pro zajištění pozice metodika prevence v PPP bylo výstupem doporučení: „Doporučujeme, aby se jednalo o odborníka v oborech psychologie, speciální pedagogika (zaměřená na etopedii) nebo kombinací studia školního metodika prevence a adiktologie“ (Zapletalová et al., 2020, s. 17).

### **Sociální pracovník v PPP**

Sociální pracovník získává svou odbornou kvalifikaci vzděláním podle § 110 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v PPP provádí odborné činnosti v oblasti sociálně-právního poradenství a sociální intervence, spolupracuje v multidisciplinárním týmu, s jinými školskými poradenskými zařízeními a orgány veřejné moci. Realizuje sociální šetření a zajišťuje potřeby klienta.

### **3.3 Dětská klientela navštěvující PPP**

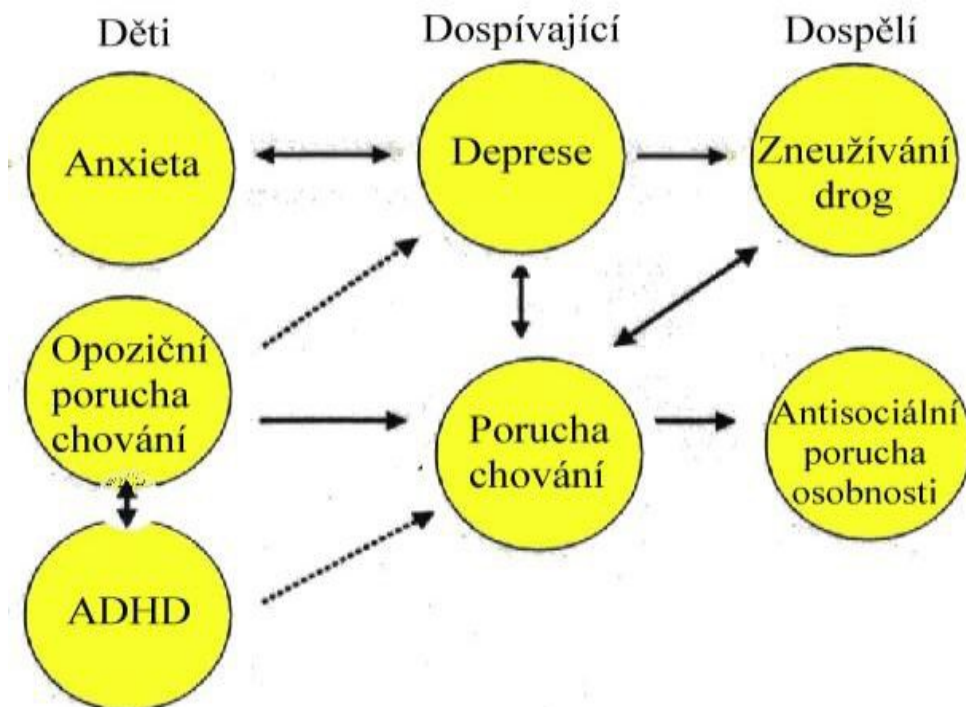
Do PPP přicházejí děti, žáci a studenti k vyšetření specifických poruch učení a poruch chování, jiných psychických poruch, žáci z odlišného kulturního prostředí a žáci žijící v jiných životních podmínkách, žáci vyžadující podporu ve vzdělávání s nedostatečnou znalostí českého jazyka, nadaní žáci a děti k posouzení školní zralosti (Kucharská et al., 2020). V této podkapitole s ohledem na téma bakalářské práce jsou zmíněny skupiny dětí, které jsou více náchylné k závislostnímu chování a patří do cílové skupiny PPP.

Jak uvádí Gilvarry, McArdle, O'Herlihy, Mirza, Bevington a Malcolm (2016), mezi skupiny „v ohrožení“ patří skupiny se specifickými poruchami učení, vývojovými poruchami (např. ADHD) nebo s jakýmkoli jinými duševními poruchami. Dále skupiny s pravidelnou neomluvenou docházkou nebo vyloučených ze škol, mladí lidé v konfliktu se zákonem, skupiny pod dohledem odborů péče o děti a také skupiny dětí z rodin s anamnézou užívání nelegálních drog a alkoholu (Gilvarry et al., 2016).

Specifické poruchy učení (SPU) se mohou společně vyskytovat s dalšími zdravotními potížemi. Komorbiditou mohou být neurovývojové poruchy (např. ADHD, porucha komunikace, porucha autistického spektra) nebo jiné duševní onemocnění (např. úzkostná porucha, depresivní nebo bipolární porucha). Každá komorbidní porucha ovlivňuje vykonávání běžných denních aktivit včetně učení. SPU neovlivňují pouze školní dovednosti, ale mají dalekosáhlý dopad na rozvoj osobnosti dítěte, na situaci v rodině, vrstevnické vztahy a v pozdějším věku i na profesní kariéru (Mrázková & Kucharská, 2014).

Poruchu chování v dětském věku považují Lahey et al. (1995) za primární faktor chronického, antisociálního chování v dospělosti a Flory, Milich, Lynam, Leukefeld a Clayton (2003) uvádějí, že v dospělosti ve větší míře užívají návykové látky. Poruchy chování mohou být také projevem disharmonického vývoje osobnosti nebo projevem akutní tíživé situace. Mezi neurovývojové poruchy chování v dětství patří nejčastěji hyperkinetická porucha s deficitem pozornosti (ADHD), která u dětí často způsobuje školní potíže, nízké sebevědomí, problémy v socializaci, děti se mohou chovat agresivně. V dospívání a v dospělosti je u nich vyšší pravděpodobnost rozvoje psychických poruch (např. úzkostná porucha, deprese) a také větší výskyt delikvence. V rodině se objevují poruchy vztahů, rodinný stres, konflikty mezi rodiči, rozvody partnerů (Martanová, 2011). Podle Miovskeho et al. (2018) je ADHD pravděpodobně důvodem nárůstu některých typů závislostí a podle longitudinální studie ELSPEC (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood), neboli Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství, je ADHD závažné z hlediska vlivu na zvýšenou vulnerabilitu jedinců ve vztahu k užívání návykových látek (Foltová, 2010).

Pro náhled vývoje diagnózy napříč věkovými pásmy je zde uveden obrázek 2, který tyto trajektorie mapuje (Martanová, 2011).



Obrázek 2 – Trajektorie vývoje diagnózy napříč věkovými pásmy (Martanová, 2011)

Další skupinou žáků, která dochází do PPP, jsou žáci z jiných životních podmínek. Ovlivňují je faktory sociálního vyloučení, materiální podmínky rodiny, lokalita bydliště, dysfunkčnost rodiny, nezralost rodičů aj. Mohou být také přítomny faktory spojené s rizikovým chováním, např. domácí násilí, týrání a zneužívání dítěte, trestná činnost v rodině, závislosti látkové i nelátkové. PPP se potýkají u těchto dětí s vážnoucí začleněním do kolektivu školní třídy (předsudky, stereotypy, jiný hygienický standard), obtížemi s dodržováním povinné školní docházky (např. vlivem jiných hodnot a sociokulturních norem v rodině) a rizikovým chováním, které se může podílet na rozvoji závislostního chování (Kucharská et al., 2020).



## 4 Obor adiktologie a kompetence a uplatnění adiktologa

Do pedagogicko-psychologické poradny spadá také cílová skupina dětí a mladistvých, kteří mohou být vulnerabilní k rizikovému chování závislostí. V této kapitole je představen obor adiktologie, kompetence a uplatnění adiktologa, jehož vzdělávání je koncipováno jako mezioborové a závislosti jsou primárně jeho náplní práce. Cílem této kapitoly je nastínit profesi adiktologa a seznámit čtenáře s tím, že smyslem adiktologie není nahradit jiné profese, ale naopak s nimi v souladu spolupracovat.

### 4.1 Adiktologie a co se pod tím skrývá

Adiktologie je transdisciplinární obor, který se zabývá prevencí, léčbou a výzkumem tzv. závislostního typu chování bez ohledu na to, zda je takové chování vázáno na určitou substanci (návykovou látku) či na určitou činnost (hra na výherních hracích automatech, hra na PC aj.) a současně dochází k prokazatelné újmě či poškození jedince, jeho okolí (např. rodiny) nebo společnosti (Miovský, 2007). V ČR existuje od roku 2005 a má svůj vzdělávací studijní program, který se profiluje jako samostatný zdravotnický obor. Počátky studijního programu adiktologie byly zahájeny akreditací bakalářského programu, později akreditací navazujícího magisterského a postgraduálního programu (Ph.D.) v obou formách, tj. prezenční a kombinované (Miovský et al., 2016). Výstupem studijního programu je odborník adiktolog, kterým se budeme více zabývat v další kapitole.

Rozvoj vzdělávání v adiktologii je stále velmi aktivní. Na konci roku 2017 byla zakotvena také do vyhlášky č. 55/2011 Sb., § 163a, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, pozice klinického adiktologa. Tato pozice vychází ze specializačního vzdělávacího programu, který je součástí „*Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014–2020*“. Tato koncepce vzdělávání také myslí na program pro adiktologii, který bude zaměřený na dětskou populaci a bude rozšiřovat záběr adiktologie o témata související s prevencí a léčbou závislostí u dětí a dorostu, a to jak v teoretické, tak v rovině dovedností a profesních kompetencí. Program je v procesu zpracovávání a doporučená implementace programu do praxe je 12/2022 (Miovský, 2014).

Léčebně-preventivní péče zahrnuje prevenci a léčbu poruch, která souvisí s užíváním návykových látek a nelátkovými závislostmi, jejich včasnou identifikaci a intervenci, poradenství, léčbu, sociální rehabilitaci a reintegraci osob. Na základě bio-psycho-sociálního modelu závislosti jsou při poskytování péče využívány specifické léčebné, edukativní, preventivní postupy a postupy sociální práce, jejichž efektivita je dostatečně zdokumentována a prokázána (Miovský et al., 2014b).

Odborná péče, která je poskytována osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým, vychází z § 20 zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Typy této péče jsou následovné: akutní lůžková péče, detoxifikace, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčba, stacionární programy, krátkodobá a střednědobá ústavní péče, rezidenční péče v terapeutických komunitách, programy následné péče a substituční léčba (Libra et al., 2015).

Východisky adiktologické preventivní a léčebné péče jsou standardy „*Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby s podkapitolou Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče*“, které stanovují kritéria pro ambulantní i lůžkové služby (Libra et al., 2015) a „*Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů*

programů školské primární prevence rizikového chování“, které byly přijaty MŠMT a jsou rozšířeny na všechny typy rizikového chování v programech všeobecné, selektivní a indikované školské primární prevence. Jejich smyslem je seznámit poskytovatele preventivních aktivit s kritérii, která musí splňovat (Pavlas Martanová et al., 2012).

Strategii v oblasti adiktologické péče, jejímž cílem jsou cíle a opatření v oblasti uživatelů návykových látek, řeší vládní koncepční dokument protidrogové politiky. V současnosti má ČR již šestý vládou schválený plán „Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021“ (Vláda ČR, 2019).

## 4.2 Kompetence a uplatnění adiktologa dle legislativy

Odbornost adiktologa vyháází z § 20a, vyhlášky č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a § 21a zákona č. 96/2004 Sb., který specifikuje podmínky pro získání způsobilosti k výkonu profese adiktologa.

Dle § 21a zákona č. 96/2004 Sb.:

**(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání adiktologa se získává**

**a) absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru pro přípravu adiktologů,**

**b) absolvováním nejméně tříletého studia v oborech sociálního, psychologického nebo speciálně pedagogického zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu adiktolog, pokud byl zahájen do konce roku 2011, nebo**

**c) získáním způsobilosti všeobecné sestry a akreditovaného kvalifikačního kurzu adiktolog, pokud byl zahájen do konce roku 2011.**

**(2) Za výkon povolání adiktologa se považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, to je prevence a léčba závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.**

**Kompetence adiktologa** jsou definovány v § 22, vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, které jsou níže citovány:

**(1) Adiktolog vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může**

**a) provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta;**

**b) provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění;**

**c) stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence;**

**d) provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdravím škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek;**

**e) provádět individuální skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii;**

**f) instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdravím škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek;**

**g) provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.**

**(2) Adiktolog na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru**

*návykové nemoci může vypracovávat v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí komplexní léčebný plán a koordinovat jeho realizaci.*

**(3) Adiktolog pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může**

- a) spolupracovat při systematické individuální, skupinové a rodinné psychoterapii,**
- b) asistovat při psychiatrických vyšetřeních.**

**Kompetence klinického adiktologa** jsou definovány v § 163a, vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, které jsou níže citovány:

**(1) Klinický adiktolog vykonává bez odborného dohledu a bez indikace lékaře činnosti podle § 22 odst. 1 a 2 a dále v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může**

- a) provádět odběr kapilární krve,**
  - b) provádět diferenciální diagnostiku pro účely poskytování dalších zdravotních služeb,**
  - c) provádět adiktologickou terapii individuální, skupinovou a rodinnou,**
  - d) hodnotit kvalitu a efektivitu poskytované adiktologické péče,**
  - e) podílet se na vývoji a testování nových diagnostických metod a postupů a provádět zácvik adiktologů v těchto metodách a postupech,**
  - f) podílet se na vývoji a testování nových adiktologických intervencí a postupů a školit v zacházení s těmito metodami,**
  - g) v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,**
  - h) školit zdravotnické pracovníky v oblasti adiktologie, zejména v časné diagnostice a krátké intervenci, prevenci, předávání do péče, sdílení péče,**
  - i) provádět konziliární, revizní a posudkovou činnost v oboru adiktologie,**
  - j) provádět a organizovat klinicko-výzkumnou činnost v rámci oboru adiktologie, vytvářet podmínky pro aplikaci výsledku výzkumu do klinické praxe na vlastním pracovišti v rámci oboru.**
- (2) Klinický adiktolog na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie nebo lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci může**
- a) vést psychoterapeutický a léčebný režim oddělení léčby závislostí,**
  - b) poskytovat adiktologickou systematickou psychoterapii.**

Výše uvedená odbornost a činnost adiktologa je daná platnou legislativou. Finální verze specializačního vzdělávacího programu Klinický adiktolog není zatím ve věstníku Ministerstva zdravotnictví zveřejněna (MZ) dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ale proces, který vede ke specializaci klinického adiktologa, je velmi živý a bude tvořit další podobu adiktologa včetně jeho kompetencí, které se tímto rozšíří. Je otázkou času, kdy se klinický adiktolog ve službách začne objevovat (Volfová, 2019).

Další rozvoj kompetencí adiktologa byl přelomovým v lednu 2014, kdy MZ ČR schválilo šest zdravotnických výkonů adiktologa. Po dvou letech vyjednávání se zdravotními pojišťovnami o rozsahu úhrad zdravotní péče adiktologa v ambulantní péči došlo k prvním podpisům smluv pro odbornost adiktologa – 919. Klientům adiktologické ambulantní péče se nabízí specializovaná a bezplatná služba hrazená z veřejného zdravotního pojištění (Sklenář, 2016) a je uvedena ve

vyhláše č. 421/2013 Sb. Tato vyhláška mění vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Absolventi oboru adiktologie mohou najít své uplatnění jako pracovníci preventivních programů užívání návykových látek a pracovníci služeb pro uživatele drog ve zdravotnických, nezdravotnických, státních i nestátních zařízeních. Své osvojené znalosti a dovednosti mohou také využít jako pracovníci veřejné správy koordinující systém péče pro uživatele drog a prevence rizikového chování. Mohou je uplatnit v širokém spektru multidisciplinárních týmů, jež se zabývají řešením problémů spojených s užíváním návykových látek v různých pracovních prostředích, např. nízkoprahové zařízení pro uživatele drog, terapeutická komunita, zařízení sociálních služeb nebo speciálního školství, vězeňská služba, policie či soukromý sektor (*Bakalářské studium adiktologie – Klinika Adiktologie*, n.d.). Navazující magisterské studium umožňuje absolventům se uplatnit v oblasti výzkumu a vzdělávání stejně tak i na manažerských a koordinačních pozicích. Avšak navazující magisterské studium, které lze studovat i s ukončeným bakalářským studiem z jiného oboru, neumožňuje získat kvalifikaci ve zdravotnictví, tedy Specializaci adiktologa ve zdravotnictví, dle novely zákona č. 96/2004 Sb. (*Magisterské studium adiktologie – Klinika Adiktologie*, n.d.).

Možnosti uplatnění adiktologa nevycházejí jenom z jeho primárního jádra, kterým je:

- a) zdravotnictví, kdy mezi jeho kmenový studijní profil patří anatomie, fyziologie, patologie a patofyziologie, biologie člověka, biochemie, první pomoc, psychiatrie aj., a
- b) speciální adiktologické předměty (např. sítě léčebná péče, klinická adiktologie, toxikologie, historie užívání návykových látek, metodologie výzkumu v adiktologii, specifické cílové skupiny v adiktologii, gambling, primární drogová prevence, adiktologické poradenství, metody práce s rodinami, s motivací, sociálně-psychologický a poradenský výcvik aj.), ale je také vystavěn na základech podložených dalšími disciplínami, jako je psychologie, sociální práce, pedagogika a speciální pedagogika, religionistika, právo, politika, kriminologie, ekonomie (Pavlovská, 2018). To činí obor adiktologie oborem multidisciplinárním.

Nároky, které jsou spojené s dovednostmi oboru adiktologie, splňují možnost se uplatnit mimo oblast zdravotnictví a spolupráce se sociálními službami, školskými zařízeními i jinými zdravotními službami je zásadní a nepostradatelná. Bez tohoto propojení by nebylo možné reagovat na potřeby adiktologických klientů a nemohly by se tak naplnit požadavky na kvalitu a efektivitu adiktologické péče (Miovský & Popov, 2016).

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 5 Metodologický rámec

#### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat míru a charakteristiku uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) v Ústeckém kraji (ÚK). Zároveň si klade za dílčí cíle zmapovat současný stav rizikového chování adiktologické problematiky v PPP ULK, přínos spolupráce adiktologa v PPP a identifikovat možné překážky, které by spolupráci adiktologa v PPP v ULK bránily.

Pro naplnění výše zmíněných cílů byly definovány níže uvedené výzkumné otázky:

1. Jaké mají metodici prevence v PPP v ULK zkušenosti s výskytem rizikového chování?
2. Jaké mají metodici prevence v PPP v ULK informace o oboru adiktologie a profesi adiktologa?
3. Jaký mají metodici prevence v PPP postoj k začlenění adiktologa do týmu v PPP v ULK?
4. Jaké pracovní činnosti by adiktolog mohl v PPP v ULK vykonávat?
5. Pokud by bylo začlenění adiktologa do PPP možné, jaký by to mělo přínos pro PPP a případné bariéry, které by mohly bránit v navázání spolupráce?

#### 5.2 Design výzkumného projektu

Pro vlastní empirické šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu, u které Gavora (2000) uvádí, že „*cílem není široké zevšeobecnění údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit*“ (Gavora, 2000, s. 32). Vzhledem k podstatě zkoumaného problému byla volba kvalitativního výzkumu vhodnější. Je možné tak získat či odhalit nové názory na jevy, o nichž sice něco víme, ale pomocí kvalitativní metody chceme získat detailnější, a hlavně aktuálnější informace, které se kvantitativními metodami podchycují jen velmi obtížně. Výzkum je zaměřen na získání komplexního pohledu na zkoumanou oblast se snahou kontext pochopit a aktuální dění popsat. Jednotlivá data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru a následovně analyzována a deskribována s uvedením konkrétních ukázek výpovědí respondentů.

#### 5.3 Výzkumný soubor

V tomto kvalitativním výzkumu byl vybrán výzkumný vzorek z jedenácti PPP ÚK (Rumburk, Děčín, Ústí nad Labem, Litoměřice, Roudnice nad Labem, Teplice, Most, Louny, Žatec, Chomutov, Kadaň), kde pracují psychologové, speciální pedagogové, metodici prevence a sociální pracovníci. Jako techniku výběru vzorku byl zvolen záměrný (účelový) výběr. Jak uvádí Miovský (2006), spočívá v tom, že vybíráme účastníky, kteří splňují určité kritérium či soubor kritérií. S ohledem na zaměření této bakalářské práce bylo kritériem pro výběr respondentů vymezení činností, které se zaměřují na oblast prevence rizikového chování. Cílovou skupinou šetření byli tak metodici prevence v PPP v ULK.

Všechny pedagogicko-psychologické poradny v Ústeckém kraji byly kontaktovány v první fázi výzkumu prostřednictvím telefonického rozhovoru či e-mailové komunikace, během kterých byl pracovníkovi vysvětlen účel práce a způsob zajištění anonymity. K získání kontaktu na PPP v ÚK byly použity webové stránky PPP a byl kontaktován pracovník, na kterého byl kontakt dostupný. Ve většině případů byl kontaktován metodik prevence. Všichni oslovení odpověděli. Kladně odpovědělo osm respondentů s tím, že dva z toho vykonávají pozici metodika prevence ve dvou zařízeních PPP v ULK zároveň. Záporně odpověděla jedna PPP v ULK z důvodu dlouhodobě nezajištěné pozice metodika prevence. Následně byly dojednány termíny rozhovorů. Z toho u jednoho respondenta došlo k následnému zrušení termínu rozhovoru z důvodu nedostatku jeho času. Konečný výzkumný soubor tvořilo celkem sedm metodiků prevence PPP Ústeckého kraje.

#### 5.4 Metody získávání dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného interview. Výhodou této metody je dle Gavory (2000) možnost v průběhu interview svou otázku přeformulovat, požádat o vysvětlení odpovědi, ujistit se, zda otázce respondent porozuměl a také je možné klást dodatečné otázky.

Při polostrukturovaném interview si tazatel vytváří schéma a na základě toho pak specifikuje okruhy otázek pro své respondenty, rozhovor má definované tzv. jádro interview (Miovský, 2006). Schéma s okruhem otázek bylo předem připravené. Použity byly převážně otázky otevřené, které umožňují získat volnější a rozsáhlejší odpovědi. Během tázání při prvním interview, které proběhlo v únoru 2020, byly reakce tazatele adaptivně uzpůsobovány odpovědím respondenta a na základě toho byla vyhodnocena potřeba zařadit další otázky s cílem zjistit, zda by adiktolog uplatnění v PPP našel či nikoliv. Rozhovory se soustředily na čtyři hlavní témata, která kopírovala výzkumné otázky:

1. Zkušenosti metodiků prevence v PPP s výskytem rizikového chování.
2. Kdo a jakým způsobem realizuje včasnou intervenci při výskytu rizikového chování v oblasti návykových látek, PC, online her, offline her?
3. Informovanost metodiků prevence o oboru adiktologie a profesi adiktologa.
4. Spolupráce adiktologa v PPP, popřípadě v čem vnímají metodici prevence v PPP ULK přínos pro začlenění a možné bariéry, které by bránily v navázání spolupráce.

Mimo výše uvedená témata se část rozhovorů zabývala i okruhem otázek, v rámci kterých bylo zjišťováno, jakou úlohu má metodik prevence v PPP Ústeckého kraje. Toto téma bylo využito především pro úvodní rozhovor. Jeho cílem bylo navození uvolněné atmosféry, která je dle Gavory (2000) velmi důležitá pro získání důvěry a také pro možnost zvědomení samotným respondentům jejich pracovní náplň a aktivity v rámci působnosti metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně v ULK.

Celý sběr dat byl zkomplikován průběhem epidemie nemoci COVID-19 a s tím souvisejících přijatých opatření vládou ČR, která začala v průběhu března 2020 (Vláda ČR, 2020). Naplánované rozhovory v rámci tohoto šetření měly být realizovány všechny tváří v tvář, ale v důsledku nouzového stavu na celém území České republiky bylo uskutečněno pět rozhovorů osobně a dvě telefonická interview. Dle Miovského (2006) mohou být data z interview, které je tváří v tvář, a data z telefonického interview plně srovnatelná. Respondenti byli opětovně seznámeni s postupem a průběhem výzkumu i s etickými aspekty. Rozhovory byly se souhlasem respondentů

nahrávány na diktafon, jeden respondent s nahrávkou nesouhlasil. Z toho důvodu byl využit záznamový arch – tužka, papír. Podle Miovského (2006) je audiozáznam nejčastější používanou metodou fixace kvalitativních dat, a to z důvodu umožnění opětovného poslechu celého záznamu a jeho autentičnosti. Doba trvání rozhovorů s respondenty se pohybovala v rozmezí 45–60 minut.

## **5.5 Analýza a zpracování dat**

Rozhovory z audiozáznamu byly přepsány do elektronické podoby a s časovým odstupem byly původní audiozáznamy porovnávány opakovaným poslechem s jejich transkribovanou podobou. Poté byly všechny audiozáznamy vymazány a data ze záznamového archu skartována.

V rámci analýzy dat se soustředilo na zkoumanou oblast s tím, že významné jevy se nechaly samy „vyplynout na povrch“. Z elektronické podoby byl text vytištěn do papírové podoby a analýza dat pokračovala technikou barvení textu k rozlišení hodnocených položek. Při samotném vyznačování textu bylo pracováno s osnovou rozhovoru, aby nedošlo k vynechání některé z oblastí zkoumaného jevu. Metoda barvení textu dle Miovského (2006) usnadňuje orientaci v textu a rychlost následné analýzy. K systematizaci dat pro kvalitativní analýzu textu byla použita technika kódování dat podle tematických oblastí a výzkumných otázek. Kódy byly získávány s pomocí návodných analytických otázek. Rovněž bylo přistoupeno k označování a kategorizaci pojmů s následnou deskripcí a s uvedením konkrétních ukázek výpovědí respondentů. Téma, které bylo vyhodnoceno jako zajímavé, ale nespadlo do výzkumných otázek, bylo označeno odlišnou barvou a je uvedeno v kapitole sekundární zjištění výzkumu.

## **5.6 Etické aspekty**

Respondenti byli dopředu seznámeni s účelem rozhovoru, s tématem a cílem této práce. Účast byla dobrovolná, mohli ji kdykoliv ukončit. Předem obdrželi dva formuláře informovaného souhlasu, které potvrdili písemně. V případě telefonického interview byl informovaný souhlas přeposlán k podpisu elektronicky. Ještě před samotným provedením rozhovorů byli opětovně seznámeni s postupem a průběhem výzkumu. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon, jeden respondent s nahrávkou nesouhlasil. Navrhl, aby byl rozhovor zaznamenáván na záznamový arch – tužka, papír. Všechna získaná data byla využita jen pro účely této práce. Nahrávky byly smazány a záznamový arch skartován. Výzkum je anonymní a v rámci bakalářské práce jsou v interpretaci zjištěných dat informace od respondentů zapisovány pod kódovou značkou – respondent R1, R2,...,R7. Pouze v první kapitole výsledků jsou data od respondentů zapisována pod značkou Rx, a to z důvodu zachování anonymity. Metodici prevence se vzájemně setkávají na poradách, znají se mezi sebou. Mohlo by tak v důsledku uvedené kódové značky R1–R7 dojít k odkrytí anonymity i v dalších otázkách výzkumu.

## 6 Výsledky

Během rozhovoru s metodikou prevence v PPP v ULK bylo cílem zjistit možnosti uplatnění adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně, jaký v tom vnímají přínos a možné překážky, které by bránily v navázání spolupráce. Výsledky jsou interpretovány a shrnuty ve vztahu k výzkumným otázkám.

### 6.1 Úloha metodika prevence v pedagogicko-psychologické poradně v Ústeckém kraji

V úvodu rozhovoru byly pokládány otázky z výše uvedené oblasti tématu, kde bylo prozkoumáváno, jakým pracovním aktivitám se metodici prevence v PPP v ULK věnují, jaké mají vzdělání, jak pečují o svůj profesní rozvoj a kolik času, jaký pracovní úvazek, na svou pracovní pozici v PPP mají. Cílem vložení tohoto tématu bylo navození uvolněné atmosféry, která se během rozhovoru u většiny respondentů povedla a metodici prevence tak měli možnost se i zamyslet nad svými pracovními aktivitami v rámci pracovní pozice metodika prevence v PPP.

V této kapitole jsou data od respondentů zapisována pod značkou Rx, a to z důvodů zachování anonymity. Jak bylo uvedeno v kapitole Etické aspekty, metodici prevence se vzájemně znají, v případě, že by měli zájem si závěrečnou práci číst, mohlo by tak v důsledku uvedené kódové značky R1–R7 v této kapitole dojít k odkrytí anonymity i v dalších otázkách výzkumu.

Vysokoškolské vzdělání uvedlo všech sedm respondentů. Šest z nich v oboru speciální pedagogiky a jeden v oboru pedagog. Všichni respondenti se dále vzdělávají a rozvíjejí své znalosti v oboru speciální pedagogiky. Vzdělávání školních metodiků prevence v akreditovaném programu MŠMT absolvovali čtyři respondenti a psychoterapeutický výcvik respondenti dva. Většina z nich uvedla, že se vzdělávají více v tom, co jim je bližší. **Rx:** „...téma protidrogové prevence bylo pro mě velmi náročné, dělám prevenci vztahovou, řekla jsem si, že to dělat teda nebudu, protože to neumím a budu dělat tohle, co mi je vlastní, no...tak se školím více v této oblasti...“, **Rx:** „... jezdím do Prahy, no ono skoro všechno je v tý Praze, na různé kurzy, ale vybírám si podle toho, co mi lépe sedne...spíš k tomu mapování kolektivů, je spousta kurzů“, **Rx:** „...je lepší se věnovat tomu, co mě baví. Každý jsme dobrý v něčem a než to mít nařízené a neumět to, tak je lepší to nedělat.“, **Rx:** „...všechny metodiky nutím do výcviku metodika prevence, ale sama ho nemám.“

Jako svou hlavní pracovní náplň označili v setkávání se se školními metodikou prevence během roku, kde si předávají informace a na setkání zvou hosty a metodické vedení včetně konzultací se školními metodikou prevence a pedagogy. Všichni respondenti reagovali v podobných odpovědích: **Rx:** „...až 5x do roka se s nimi scházím, dávám jim různé informace a někdy i někoho pozvu, třeba jako když někdo nabízí programy na primární prevenci. Pak chodím za metodiky do školy.“, **Rx:** „...spíše metodické vedení pedagogických pracovníků, metodiků prevence. 2x do roka se setkáváme, tam jim předám nějaké info, co se mi podaří získat...“, **Rx:** „...1–2x do roka se scházíme, je to dané vyhláškou, je to hodně o informačním servisu. Někde to funguje jinak, tady to moc nešlo, moc jich nepřijde, asi to moc dobře neumím.“, **Rx:** „...vedu školní metodiky, 2x za rok se sejdeme a průběžně dělám metodické vedení, když potřebují konzultaci.“

Další častou pracovní činností, kterou kromě jednoho respondenta uvedli všichni ostatní, byly vstupy do třídních kolektivů, kde se věnují mapování školního klimatu nebo realizaci programu PP. **Rx:** „...práce s problémovými třídami v terénu, intervenční vstupy...“, **Rx:** „...nabízím programy primární prevence, adaptační programy...“, **Rx:** „...na prevenci dělám sociometrii, mapování školního klimatu...“



Ze zjištěných dat od všech respondentů vyplynulo, že náplň aktivit vychází od požadavků škol. **Rx:** „...škola se ozve, že ve třídě prostě nefungují, probíhá tam šikana. Sestavuji na to programy, dělám to pokus, omyl.“, **Rx:** „...vstupujeme do škol na základě naší nabídky a podle domluvy se školou...“, **Rx:** „...vycházíme z potřeb škol, ušijeme program na míru...“

Většina respondentů upřednostňuje k náplni aktivit vlastní zájem, který sám on preferuje. Tři respondentky upřednostňují vztahovou problematiku, **Rx:** „...ale vybírám si podle toho, co mi lépe sedne...spíš k tomu mapování kolektivů...“, **Rx:** „...dělám to, co mi je bližší, mapuji to třídní klima...téma drogy je pro mě hodně náročné, bála jsem se toho, že to nedám, ale naštěstí se hodně řeší ty vztahy, věci, které tomu předchází...“, **Rx:** „...spíše se zaměřuji jenom na ty vztahy.“ Další respondenti upřednostňují: **Rx:** „...já kladu hlavně důraz na třídnický hodiny, vést pedagogy k tomu...“, **Rx:** „...třeba do mateřské školky já nechodím, každému sedí jiná cílovka...“, **Rx:** „...dříve to bylo jiné, jezdila jsem do škol, hodně mě bavila ta zdravá výživa. Se podívejte, kolik je těch oběžných dětí.“, **Rx:** „...já osobně razím hodně tu cestu proti mobilům, tím se hodně zabývám...“

Na realizaci programu primární prevence dva respondenti doporučují z jejich pohledu odborníky. **Rx:** „...raději doporučuji odborníky...je už to tady lepší.“, **Rx:** „...na různá témata hodně doporučuji odborníky...“

Jeden respondent z důvodu nízkého úvazku vstupy do třídních kolektivů nerealizuje vůbec. **Rx:** „...do škol nechodím, moje pracovní doba je jen těch 8 hodin a jsem tady sama...“

Na četnost vstupů do tříd měl také vliv další pracovník, kterého pro vstupy do třídních kolektivů všichni respondenti vnímali jako důležitou součást. U většiny respondentů nebyl další spolupracovník vždy k dispozici: **Rx:** „...do těch školek můžu chodit sama, do škol je to horší, musím sama, není to dobře, je nás málo, líbilo by se mi chodit ve dvou.“, **Rx:** „...chodíme ve dvou, sama bych si netroufla, ale je to obtíž.....V rámci závislostí, do toho se moc nepletete, nejsme odborníci...“, **Rx:** „...je dobrý, když jdete dva, chodíme ve dvou, ale nejsou lidi.“

Pouze jediný respondent uvedl, že pracuje v tandemu: **Rx:** „...pracuji v týmu s kolegou, je to obrovská výhoda být v tandemu. Sama bych nestíhala sledovat ty informace. Primárku asi ještě jo.“

Na výši pracovního úvazku na pozici metodika prevence v PPP v ULK se kromě jednoho respondenta všichni shodli, že jej mají variabilní. Jako důvod uvedli, že musí vycházet z aktuální pracovní náplně speciálního pedagoga než metodika prevence, která je pro ně stěžejní. **Rx:** „...nemám vymezený úvazek, dělám i speciálního pedagoga, cca 2/3 speciální pedagog a 1/3 metodik, ale reagujeme dle potřeb.“, **Rx:** „...jsem speciální pedagog a metodik v jedné roli, na prevenci není tolik čas, nemám to rozdělený, ale asi mám úvazek 0,2, i když má být, myslím, 0,5, nevím. Prevenci ale dělám, prostě jak je to důležité, no...“, **Rx:** „...podle toho, jak jsou naplněny lhůty v poradně, dle toho bych musela prevenci stáhnout, ale je to zhruba 0,6 úvazek.“, **Rx:** „...no, měl by to být půl úvazek, půl poradna a půl metodik, ale víc jsem v té poradně.“, **Rx:** „...asi to bude tak 0,2–0,3 úvazku, ale někdy je to víc, ale spíše míň, je to podle toho, co je potřeba.“

Jeden respondent uvedl úvazek jako pevný, a to ve výši 8 h na týden na jednu poradnu, kdy v ULK zastupuje poradny dvě. **Rx:** „...mám osm hodin na týden u sebe a v té druhé poradně taky 8 h na týden, tak si to umíte představit, co se s tím dá dělat.“

Jak vyplývá z výše uvedeného, časový prostor, který respondenti mají ke své práci metodika prevence v PPP v ULK, se u většiny dotazovaných podřizuje pracovní náplni speciálního pedagoga. Většina respondentů je více vytížena činnostmi spadající k pracovní náplni speciálního pedagoga v poradně než prací metodika prevence. Respondenti uvedli, že se primárně musí věnovat především diagnostice v PPP, která jim zabírá i nad rámec mnoho času. Avšak také většina uvedla, že pokud by se v prevenci jednalo o krizovou či potřebu včasné intervence, prevence má vždy

přednost. **Rx:** „...ten tlak na vyšetřování je veliký, prevence jde bokem...“, **Rx:** „...spíše jsem ale na poradně než v terénu, věnuji se hodně vyšetřování, jsou na to zákonné lhůty...“, **Rx:** „...musím to nějak rozložit, je to jak kdy, někdy je víc prevence, někdy práce v poradně. Ale prevence spíše pokulhává.“, **Rx:** „...primárně se musíme věnovat tý diagnostice, těm poruchám učení, ale není to u mě na prvním místě.“, **Rx:** „...jo, pokud by se stalo, jakože se stalo, že dítě vyskočilo z okna, tak to je přednější, to musíte hned reagovat...“, **Rx:** „...diagnostikování má přednost před prevencí...“

Jeden respondent neměl vzdělání speciálního pedagoga, nemohl práci speciálního pedagoga v PPP v ULK vykonávat. **Rx:** „...ostatní kolegyně hodně i vyšetřují, já ne...“

Ze zjištěných dat v tomto tematickém okruhu vyplynulo v rámci jejich pracovní aktivity téma individuální práce s dítětem, rodinou či skupinového sezení. Většina respondentů by tuto činnost do své praxe vítala, ale není možná pro nedostatek času. Dva respondenti uvedli i technické důvody a ve dvou případech uvedli i nezáměr rodičů. Jako odborníci si většina z nich uvědomují, že individuální práce s dítětem, rodinou či skupinové programy jsou velmi důležité. **R7:** „...individuálně s dítětem pracuji třeba při podezření na šikanu, ale nejde to dělat dlouhodobě....bylo by to přínosné...“, **R1:** „...nejsou vhodné podmínky pro individuální práci s dítětem nebo skupinou, bylo by to dobré...“, **R4:** „...měla jsem snahu 1x týdně odpoledne vést skupiny s dětmi i rodiči, ale nejsou prostory, nejde to...“, **R6:** „...já bych ráda vést dlouhodobě skupiny, ale není na to kapacita.“, **R3:** „...mám maximálně dvě děti, vidím to jako důležité pro tu práci, ale prostě to nejde, už ty dvě děti mám nad rámec...“, **R2:** „...to je těžké, jde o to, že ty rodiče pak třeba nejsou schopni spolupracovat...“

#### **Shrnutí:**

Z rozhovorů vyplynulo, že všichni metodici prevence v PPP v ULK mají vysokoškolské vzdělání, které však nevyovídá o tom, zda je pracovník dostatečně orientovaný v oblasti primární prevence rizikového chování. O svůj odborný rozvoj pečují formou dalšího vzdělávání v tom, co je respondentům osobně tematicky bližší, a to z oblastí speciální pedagogiky či specifické primární prevence rizikového chování. Výše úvazku má každý variabilní, úvazek se pohybuje v rozmezí 0,2–0,6 a odvíjí se primárně od potřeb činností, které v PPP vykonává převážně speciální pedagog. Vzhledem k tomu, že většina metodiků prevence má vzdělání v oboru speciální pedagogiky, je u nich diagnostika v PPP přednější než práce metodika prevence. Upřednostnili by ji pouze v případě poptávky krizové či včasné intervence. Z toho vyplývá, že prolínání těchto dvou pracovních pozic v jedné osobě odvádí metodika prevence od jeho náplně práce.

V rámci náplně práce se každý metodik prevence věnuje metodickému vedení, konzultacím a setkávání se se školními metodiky, kde si předávají různé informace z oblasti specifické primární prevence. Realizují vstupy do třídních kolektivů, a to na základě poptávky školy. Zaměřují se především na mapování školního klimatu a někdo i na programy primární prevence, někteří upřednostňují na programy odborníky. Většina z nich upřednostňuje témata, která sami preferují. Tři respondenti vztahy, jeden metodik vzdělávání pedagogů na téma třídnické hodiny, jeden metodik se více zabývá online závislostmi a jeden respondent se zajímá o oblast zdravé výživy. Návykové látky nejsou blízké většině. Jak vyplynulo z výsledků, nemají s tím tolik zkušeností, této problematiky se obávají. Většina z nich uvedla, že by s tím neuměla pracovat. Pro vstupy do tříd vnímají ze své pozice chybějící týmovou práci, která by dle nich byla pro tuto činnost velmi prospěšná. Také si uvědomují, že dlouhodobá individuální či skupinová práce s dítětem či rodinou je při jejich práci velmi důležitá. Pro nedostatek časové kapacity, jak většina uvádí, však není možná.

Dva respondenti také zmiňují, že důvodem jsou prostory, které jsou v jejich zázemí nevyhovující, a nezáměrem rodičů.

## 6.2 Výzkumná otázka č. 1 – zkušenosti s výskytem rizikového chování

První výzkumná otázka byla nasycena okruhem otázek, ve kterých bylo zjišťováno, jaké mají metodici prevence v PPP v ULK nejvíce zkušenosti s výskytem rizikového chování a výskytem rizikového chování v oblasti závislostí. Zároveň středem zájmu bylo i to, kdo a jakým způsobem poskytuje včasnou intervenci v případě výskytu rizikového chování z oblasti závislostí a jak vnímají postoj školy k řešení této problematiky.

Mezi nejčastější rizikové chování, se kterým mají všichni respondenti na školách zkušenosti, řadili šikanu a kyberšikanu. **R1:** „...hodně šikana a kyberšikana...“, **R3:** „...šikana, kyberšikana...“, **R4:** „...tak teď se řeší pořád ta šikana...“ Poté následovaly vztahy ve třídě, které uvedlo pět respondentů. **R3:** „...setkáváme se s tím ve škole pořád, řeší se vztahy...“, **R1:** „...řeší se taky dost vztahové záležitosti mezi vrstevníky...“ Tři respondenti také uvedli rizikové chování na online technologie a záškoláctví. **R3:** „...často taky záškoláctví...“, **R2:** „...hodně sociální sítě...“, **R5:** „...je taky hodně záškoláctví...a všechno kolem těch sociálních sítí...“ Jedenkrát bylo respondenty zmíněno sebepoškozování, elektronické cigarety, žvýkáci tabák, alkohol a návykové látky ojedinele. **R3:** „...a žvýkáci tabák? Ten mají všude nalepený na záchodě...“, **R5:** „...nový trend jsou teďkon ty elektronické cigarety...dneska i sebepoškozování...“, **R6:** „...velký problém máme s užíváním alkoholu u dětí už na základních školách...“

S rizikovým chováním v oblasti závislostí se většina metodiků prevence setkává více s problémy na sociálních sítích a počítačových hrách než s návykovými látkami. Rizikové chování na online technologiích uvedlo pět respondentů. **R1:** „...docela dost...“, **R3:** „...problémem jsou hodně ty sociální sítě...počítače a hlavně mobily“, **R5:** „...děti mají problém se závislostí na počítačích, je toho opravdu hodně, všichni dneska mají mobily...“

K výskytu rizikového chování v okruhu návykových látek se většina respondentů vyjádřila, že s tím nemají velké zkušenosti na školách, vyskytuje se minimálně. **R1:** „...moc to není...“, **R2:** „...je toho minimum...“ Zajímavý byl pohled dvou respondentů, kteří se vyjádřili, že návykové látky se neřeší, ale zároveň uvedli trend elektronických cigaret a žvýkáci tabák. **R3:** „...ve škole se s tím setkáváme při mapování klimatu, ale návykové látky moc neřešíme, ale žvýkáci tabák ano...“, **R5:** „...návykové látky se tolik neřeší...nový trend jsou teďkon ty elektronické cigarety...“ Dva respondenti uvedli, že se setkávají s alkoholem a ojedinele s návykovými látkami. **R6:** „...velký problém máme s užíváním alkoholu u dětí už na základních školách...“, **R7:** „...návykové látky ojedinele...“ Tabák nezmiňoval nikdo.

Vzhledem k výše získaným údajům byla u rizikového chování v oblasti návykových látek věnována pozornost i tomu, jaký na to mají respondenti svůj pohled. Rizikové chování v oblasti návykových látek se dle jejich zkušeností moc nevyskytuje, neřeší se, ale statistiky uvádějí data, která odpovídají užívání návykových látek u dětí i mladistvých, a to včetně cigaret. U většiny respondentů bylo po dotazu znatelné zamyšlení. Z výpovědí bylo zjištěno, že většina z nich ví, že problém s návykovými látkami na školách je, hlavně cigarety, marihuana a alkohol, a to převážně na středních školách. **R2:** „...no...no, je to zvláštní, když se nad tím zamyslím, ten problém tady je...na gymnáziu lejou a kouří marihuanu, vím to...“, **R3:** „...ale ty drogy, hlavně marihuana a alkohol na školách jsou. Hlavně teda na těch středních. Tam už to není o primární prevenci, potřebují něco navíc...“, **R4:** „...myslím si, že to na těch školách je...ale jak to řeší, s náma ne...“, **R5:** „...vím, že se třeba i na školách kouří, ty děcka to ví, že se to nesmí, ale oni to kolegové asi nezjišťují...marihuana,

tabák, alkohol – to prostě je...“ **R7:** „...jako každopádně to na školách je, ale my se s tím nesetkáváme.“

Zajímavý je také postoj metodiků k pracovní činnosti, která by se týkala návykových látek. Pět respondentů reagovalo, že by s tím neuměli pracovat: **R1:** „...neumíme s tím pracovat...“, **R2:** „...moc se do toho ale nepletete, nejsme odborníci...“, **R3:** „...drogová prevence mi není vlastní.....na to byste byli lepší...“, **R6:** „...nejsme na to fundovaní, bojíme se toho, **R7:** „...stejně bych to předala odborníkům, tuhle problematiku moc neumíme dělat...“

Během rozhovoru na téma včasné intervence bylo od metodiků prevence v PPP zjištěno, že čtyři respondenti to vnímají jako svízelnou situaci: **R1:** „...no to je problém...pouze jedna škola je schopna si poradit...“, **R4:** „...neumíme s tím dobře pracovat...“, **R6:** „...nevím, není tady dost možností, co můžeme dělat, není, kdo by se tomu věnoval...“, **R7:** „...my to nemůžeme posoudit, nemáme tady ty kompetence, včasnou intervenci děláme spíše na ty výchovné problémy...“

Pět respondentů uvedlo, že včasné intervence poskytuje škola: **R2:** „...škola, ale vůbec netuším, nemám k tomu zpětnou vazbu...všude jsou už všeobecné pokyny, příručky, co mají vlastně dělat...“, **R3:** „...myslím si, že si to škola řeší sama...s tím na nás nechodí“, **R5:** „...metodici doporučují nejspíš odborníky...“, **R6:** „...mám vycvičený ty metodiky, oni pak upozorní na ten problém...“, **R7:** „...dle postupu a informuje se policie, OSPOD...ty školy vědí, jak to mají řešit...“

Tři metodici PPP realizují v případě výskytu včasnou intervenci i sami: **R3:** „...když je kapacita, uděláme konzultaci a podle toho, co se tam děje...“, **R4:** „...ten první informační servis dáme těm rodičům a s tím děckem si popovídáme a odkážeme jinam, není to naše hlavní práce...“, **R6:** „...dělám mediátora, že si škola pozve rodiče, ale spíše je to o předání informací, jaké to má rizika, úskalí, na koho se obrátit, na co si dát pozor...“

Během rozhovoru byly také otázky směřovány k tomu, aby bylo zjištěno, kam v případě výskytu rizikového chování v oblasti závislostí rodinu a dítě či mladistvého odkazují. Pět respondentů uvedlo Ústí nad Labem, kde se nachází Krajská adiktologická ambulance a poradna pro děti a dorost a z toho dva respondenti reagovali, že je Ústí nad Labem od jejich regionu daleko: **R1:** „...adiktologická ambulance v Ústí, ale to mají ty lidi dost daleko...“, **R2:** „...Ústí nad Labem, o ničem bližším tady nevím, je to dost z ruky...“

Další zařízení, kam čtyři respondenti odkazují rodiče, bylo K-centrum, které je poblíž jejich místa působení. Dva respondenti to nevnímají za příliš vhodné: **R2:** „...jenom to káčko, oni by to zase měli posunout někam odborně, ale fakt je, že se mi je tam posílat nechce...“, **R4:** „...do K-centra, ale to spíše rodiče, ale na rodiče to nepůsobí dobře, může je to odradit...“ a jeden respondent doporučuje K-centrum na testování: **R6:** „...K-centrum, tam si ho můžou nechat rodiče otestovat...“

Dále dva respondenti také odkazují k pedopsychiatrovi a k soukromému psychologovi, jeden ke klinickému psychologovi, jeden na krizovou linku a jeden respondent také do neziskové organizace, která se nachází v jeho regionu a pracuje také s dětmi a mladistvými.

Celkově z rozhovorů zaznělo od pěti respondentů, že u nich v regionu není situace ohledně odborníků na závislostní chování přívětivá: **R1:** „...chybí tady takové poradenství...“, **R2:** „...pravda je, že o tom diskutujeme, kam to dítě vůbec doporučit...“, **R3:** „...sice máme kam dítě odkázat, ale stejně není kapacita...“, **R4:** „...je tady málo možností, kam s tím děckem...“, **R6:** „...chybí tady takové poradenství, je to opravdu krize v tomto oboru a není tady moc možností...“

Respondenti se také zmiňovali, že s výskytem rizikového chování v oblasti návykových látek se v PPP příliš nesetkávají, jedná se o ojedinělé případy nebo se to rozklíčilo během vyšetření, ke kterému dítě přichází z jiného důvodu: **R1:** „...ani moc ne, spíš to vyplyne, že přijdou s něčím jiným, třeba, že mají potíže s učením...“, **R2:** „...školy se na nás s tím neobrací, je toho minimum, je to

zvláštní...“, **R4:** „...setkala jsem se s tím tak 5x...“, **R5:** „...moc se s tím nesetkávám...ale oni to kolegové asi nezjišťují...“, **R7:** „...ty školy vědí, jak to mají řešit, přes nás to moc nejde...“

V případě, že by se vyskytlo na škole rizikové chování v oblasti návykových látek, dle zjištěných dat, uvedli tři respondenti postoj školy jako pozitivní. **R3:** „...řeší to, i když se to neděje na půdě školy...“, **R6:** „...školy se snaží dělat maximum...“, **R7:** „...školy by to rády řešily...“, ale zároveň respondenti R3 a R7 reagovali: **R3:** „...pokud jim do toho rodiče nehodí vidle...“, **R7:** „...škola má omezená kompetence, důvodem jsou rodiče, znepríjemňují jim to... může to škola i bagatelizovat, nedá se to zobecnit.“

Dva respondenti uvedli, že škola to začne řešit až v případě, že je problém natolik viditelný, že se musí řešit: **R1:** „...až co vypluje na povrch, často přijdou už i rodiče...“, **R2:** „...co je v uvozovkách skryté, se neřeší...“, z čehož nevyplývá pozitivní postoj školy.

Čtyři respondenti vnímali postoj školy spíše negativní. Důvodem negativního postoje k řešení rizikového chování v oblasti závislostí vyšel jako důvod školní metodik, vedení školy nebo že to školy řešit neumí.

Čtyři respondenti uvedli, že důvodem negativního postoje školy k řešení problematiky návykových látek je školní metodik, který má pracovní pozici buď nařízenou: **R1:** „...oni se tam taky dost střídají, nechtějí to dělat...“, **R2:** „...celkově o to metodici nestojí...“, **R4:** „...někdo tu funkci má nařízenou, je to tak u 95 % škol...“, nebo na práci školní metodik nemá čas: **R1:** „...nemá na to prostor, kdy to má dělat, už se to řeší hodně dlouho, aby to měl úvazek rozdělený, ale pořád nic...“, **R2:** „...nemá to kdy dělat, v tom úvazku co na to má a ještě to dělá nad rámec, když je zároveň ve škole pedagog...“, **R4:** „...nemají na to stejně ani čas...“.

Jiným uváděným důvodem bylo i nedostatečné finanční ohodnocení: **R1:** „...metodik je jak sám voják v poli a ještě to nemá ani pořádně zaplacený...“, **R2:** „...někdo za to má 1000,- navíc k výplatě, ale teď už by snad měli mít až dva tisíce, jak která škola...a co to je?...“, anebo že je metodik vyhořelý: **R2:** „...taky jsou už často vyhořelí“, **R4:** „...ono taky, že jo, dost jich je už taky vyhořelých...“

Dva respondenti se k negativnímu postoji školy shodli, že důvodem je vedení školy: **R1:** „...jde o pohled ředitele, mnohdy to metodici nemůžou řešit, mají to těžké, no...“, **R5:** „...metodici mají svázané ruce, ředitelé mají pocit, že je to jejich selhání...je to tak 90 % ředitelů...“

A posledním důvodem negativního postoje školy, který vzešel ze zjištěných dat a byl uváděn čtyřmi respondenty, byl fakt, že školy tuto problematiku řešit neumí: **R1:** „...jediná škola by to tady byla schopna řešit...“, **R2:** „...mám negativní zkušenosti se školami, nechtějí to řešit, nebo spíš neví jak...“, **R4:** „...ono to spíše bude o tom, že oni nemají dostatek informací, neví, jak to mají řešit...“, **R2:** „...oni taky vlastně pořádně neví, jak to řešit...“

## **Shrnutí:**

Mezi nejčastější rizikové chování, se kterým se většina metodiků prevence z PPP v ULK setkává, byla šikana a kyberšikana, poté následovaly vztahy ve třídě. Menšina respondentů také uvedla rizikové chování týkající se online technologií a záškoláctví a pouze po jednom bylo zmíněno sebepoškození, elektronické cigarety, žvýkáci tabák, alkohol a ojediněle návykové látky. S rizikovým chováním v oblasti závislostí se většina metodiků prevence setkává více s problémy na sociálních sítích a počítačových hrách, což uvedlo pět respondentů, než s rizikovým chováním na návykových látkách, které se řeší během roka pouze ojediněle. Zajímavý byl pohled dvou respondentů, kteří se v jedné větě vyjádřili, že návykové látky se neřeší, ale elektronické cigarety

a žvýkáci tabák ano. Nabízí se tak otázka, jak sami oni mají rozdělenou „bezpečnost“ návykových látek, které způsobují závislost. Překvapivě tabák nezmínil nikdo.

Poskytování včasné intervence při výskytu rizikového chování v oblasti závislostí celkově hodnotili jako problém, který odůvodňují tím, že nemají dostatečné znalosti k této problematice a nedostatkem odborníků v jejich oblasti, kam by mohli rodinu odkázat. Pět respondentů se shodlo, že s tím neumí pracovat. Většina respondentů odkazuje do Krajské adiktologické ambulance v Ústí nad Labem pro děti a mládí, dva to však vnímají kvůli vzdálenosti jako nevhodné. Čtyři respondenti zmiňují také zařízení K-centra, kam mohou rodiče odkázat, ale zároveň dva z nich vnímají toto zařízení pro rodiče spíše odrazující. Přesto pět respondentů zhodnotilo, že včasnou intervencí se zabývá škola. Dle nich škola ví, jak má postupovat, mají k dispozici příručky a podle toho škola postupuje. Dva z nich zpětnou vazbu ze školy nemají. Tři metodici prevence z PPP včasnou intervenci realizují dle svých možností a zkušeností. Jeden prostřednictvím mediátora mezi školou a rodiči, jeden individuálně s rodiči a dítětem, další respondent dle toho, jak je vytížen. Ostatní respondenti do intervencí v této oblasti nevstupují.

V případě, že by se vyskytlo na škole rizikové chování v oblasti návykových látek, tři respondenti uvedli postoj školy jako pozitivní. Z jedné odpovědi vyplývá, že přesto, že škola zaujímá k této problematice pozitivní postoj, ale ze zkušeností, že rodiče to řešit nechtějí, se tím příliš nezabývá. Dva respondenti uvedli, že škola to začne řešit až v případě, kdy je problém natolik viditelný, že nezbývá nic jiného, než aby k tomu škola přistoupila a musela problém řešit. Většina, konkrétně čtyři respondenti, vnímala postoj školy jako spíše negativní. Důvodem negativního postoje k řešení rizikového chování v oblasti závislostí vyšel jako důvod školní metodik (u čtyř respondentů), který je buď nedoceněný, vyhořelý, nebo má funkci nařízenou. Dalším důvodem je vedení školy (dva respondenti), která se tím nechce zabývat nebo má ředitel pocit selhání. Zároveň by se tyto odpovědi mohly vyhodnotit, že vedení neví, jak tuto problematiku řešit, proto vedení zaujalo negativní postoj. Čtyři respondenti se shodli, že škola výskyt rizikového chování v oblasti návykových látek řešit neumí.

Vzhledem k získaným údajům o rizikovém chování v oblasti návykových látek, které se dle metodiků prevence v PPP ULK vyskytuje ojediněle, bylo snahou zjistit pohled jednotlivých respondentů na problematiku užívání legálních i nelegálních látek. Většina z nich uvedla, že se problém s návykovými látkami na školách vyskytuje více, než se o něm hovoří. Jedná se hlavně o cigarety, marihuanu a alkohol, a to převážně na středních školách.

### 6.3 Výzkumná otázka č. 2 – pojem adiktologie a profese adiktologa

Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena z okruhů otázek zabývajících se pojmy adiktologie a adiktolog. Všichni tázaní respondenti se vyjádřili, že adiktologie je obor, který se zabývá závislostmi. Čtyři respondenti uvedli, že se jedná o obor zdravotnický: **R1:** „...je to zdravotnický obor, spíš medicínského charakteru...“, **R7:** „...studuje se na lékařské fakultě...“. Dva respondenti uvedli, že adiktologii mají spojenou spíše s látkovými závislostmi: **R3:** „...mám to hodně spojené s těmi látkami, no...“, **R6:** „...zabývá se těmi látkovými závislostmi...“

Na otázku, jaké kompetence adiktolog má, respondenti nevěděli, o čem mají hovořit. Během hovoru se tvořilo ticho. Dva respondenti uvedli, že adiktolog pracuje se závislými: **R2:** „...důvěra, vztah, no práce s těmi závislými...“, **R5:** „...asi pracuje se skupinou, která má ten problém...“ Tři respondenti zmínili preventivní působení: **R1:** „...může působit preventivně, ale neumím si to představit...“, **R3:** „...třeba tady v poradně tuhle prevenci, ale ne sám jako metodik, ale ve dvou ano...“, **R6:** „...asi může působit i preventivně, upozorňovat na ty dopady, rizika užívání...“

dva respondenti zároveň vyjádřili, že neví. Jeden respondent reagoval odpovědí: **R4:** „...tak o školství to nebude...“

Na otázku, jaké uplatnění a kde by ho adiktolog mohl mít, většina respondentů reagovala přímou odpovědí, že tam, kde jsou potíže se závislostmi. Dva respondenti reagovali tak, že z odpovědí vyplývá, že neví: **R2** reagoval: „...no, nevím asi...“, **R3:** „...tak je to zdravotnický obor, tak tady asi ne...“ a dva respondenti reagovali odpovědí, ze které vyplývá, že by se o adiktologovi mohlo uvažovat i pro začlenění do PPP. **R1:** „...slyšela jsem o tom, že by mohl být na poradnách...“, **R7:** „...četla jsem teď v tom projektu, co dělali, že by mohl být snad i na poradně...“

Na závěr tematického okruhu, kdy bylo během rozhovorů zjištěno, že metodici prevence v PPP v ÚK mají minimální informace o adiktologii, byl každému z respondentů představen obor adiktologie a byli edukováni o kompetencích a uplatnění adiktologa. Většina respondentů ihned, svévolně a velmi pozitivně reagovala: **R1:** „...umím si vás v roli metodika spolu se speciálním pedagogem představit...“, **R2:** „...je to takový multidisciplinární, všude, kde jsou děti, dospělí, spolupráce s tím psychiatrem. Když jste mi ho představila, určitě si ho umím představit v hodně oblastech...“, **R3:** „...úplně to vidím, nejlepší by byl ten tandem, metodik prevence a adiktolog pro tu práci se školami, pro tu prevenci...“, **R4:** „...zaujal mě ten váš obor, hlavně ten vzdělávací systém...“, **R5:** „...všemi deseti bych vás sem brala...“, **R6:** „...já vás úplně vidím jako partáka do týmu, tady by to bylo úplně ideální...“

#### **Shrnutí:**

Při zjišťování, jaké mají metodici prevence informace o oboru adiktologie a profesi adiktologa, vyplynulo, že všichni respondenti mají o tomto oboru minimální informace. Obecně pouze všichni věděli, že obor se zabývá závislostmi. Čtyři uvedli, že se jedná o obor zdravotnický, dva z nich, že se studuje na lékařské fakultě. Dva respondenti měli pojetí o adiktologii, že se zabývá pouze látkovými závislostmi. Je patrné, že někteří metodici prevence jsou v oblasti látkových a nelátkových závislostí málo edukováni. Informace, které by jim rozšiřovaly povědomí o oboru, mají pouze obecné. Od toho se odvíjelo také to, co by dle nich adiktolog mohl dělat. Všichni odpověděli, že pracovat se závislými. Z výpovědí vyplynulo, že metodici znají minimální rozsah práce adiktologa a kde by své uplatnění mohl najít. Dva respondenti měli informaci, že by adiktolog mohl v PPP pracovat, sama tato informace byla pro ně nová. Každému metodikovi byla poskytnuta informace o oboru adiktologie, vzdělávání v adiktologii a současně byli edukováni o tom, co adiktolog může vykonávat za činnosti a kde může najít své uplatnění. Po edukaci všech respondentů se u většiny z nich zvedla dynamika rozhovoru a jejich následná reakce vedla jednoznačně k tomu, že adiktolog by v PPP uplatnění rozhodně našel. Edukace respondentů tak mohla výrazně ovlivnit jejich postoj k začlenění adiktologa do PPP.

#### **6.4 Výzkumná otázka č. 3 – postoj k začlenění adiktologa do týmu PPP ULK**

K zodpovězení třetí výzkumné otázky byla data využita z části tematického okruhu č. 4 – spolupráce adiktologa v PPP, kde byl zkoumán postoj metodiků prevence k začlenění adiktologa do PPP v ULK.

Pozitivní postoj k začlenění adiktologa do PPP v ULK zaujalo 100 % respondentů. U pěti respondentů byl jejich pozitivní postoj ovlivněn přínosem jako zajištění adiktologických služeb pro děti a mladistvé, které dle nich nejsou v jejich regionu buď vůbec, nebo jsou nedostatečné: **R1:** „...to, co tu chybí, ošetřit to lépe, my uděláme diagnostiku, ale co dál...“, **R2:** „...nic tady kolem nás není, takhle by se aspoň mohlo s tou rodinou pracovat...velmi dobře to vidím“, **R4:** „...hlavně by

*to bylo dobrý, že by měl kdo s těmi dětmi pracovat...“*, **R5:** *„...není tady pořádně kam...“*, **R6:** *„...těch problémů kolem drog a alkoholu a vůbec cigaret tady řešíme neustále...chybí tady takové poradenství, je tu opravdu krize...“*

Tři respondenti to také vnímali pozitivně pro sebe jako spolupracovníka, odborníka k sobě do týmu: **R1:** *„...ta kombinace do týmu by byla dobrá...“*, **R2:** *„...byla bych nadšená mít k sobě takového člověka...“*, **R6:** *„...já vás úplně vidím jako parťáka do poradny...“*

Jeden respondent reagoval obecně: **R7:** *„...vidím to jako cestu...myslím si, že to má smysl...“*

#### **Shrnutí:**

Všichni respondenti zaujali pozitivní postoj na začlenění adiktologa do PPP v ULK. U pěti respondentů byl jejich postoj ovlivněn přínosem jako zajištění adiktologických služeb pro děti a mladistvé, které dle nich nejsou v jejich regionu buď vůbec, nebo jsou nedostatečné. Tři respondenti to také vnímali pozitivně pro sebe jako možnost dalšího spolupracovníka do týmu.

### **6.5 Výzkumná otázka č. 4 – možné pracovní činnosti adiktologa v PPP v ULK**

K zodpovězení předposlední výzkumné otázky byla data využita také z části tematického okruhu spolupráce adiktologa v PPP. Zkoumány byly možnosti, formy pracovní činnosti, kterou by adiktolog v PPP v ULK mohl vykonávat, a nakolik by mohl být v poradně využitý.

Většina respondentů by roli adiktologa v PPP vnímala jako dalšího odborníka než v samotné roli metodika prevence: **R2:** *„...líbilo by se mi, že by jsme chodili ve dvou, měla bych k sobě dalšího odborníka...“*, **R3:** *„...nejlepší by byl ten tandem, metodik prevence a adiktolog pro tu práci se školami, pro tu prevenci...“*, **R5:** *„...dělal by metodikovi toho druhého do týmu...“*, **R6:** *„...já vás úplně vidím jako parťáka do poradny než jenom metodika...“*

Dva respondenti by roli adiktologa v PPP přiřadili metodikovi prevence: **R1:** *„...umím si vás v roli metodika spolu se speciálním pedagogem představit...“*, **R7:** *„...tady by mohl být jako metodik prevence...“*

Po edukaci, co znali rozsah práce adiktologa, vyjmenovávali různé možnosti, které by adiktolog v pedagogicko-psychologické poradně mohl vykonávat. Primární reakce všech respondentů bylo poradenství – práce s rodinou a s dítětem: **R1:** *„...návaznou konzultační činnost s rodinou, s tím dítětem...“*, **R2:** *„...cíleně se zaměřit a pracovat s těmi žáky, s rodiči...“*, **R3:** *„...určitě ta poradenská činnost při té poradně...“*, **R4:** *„...práce s tím dítěte, s tou rodinou, rodič by mohl přijít...“*,

**R5:** *„...poradenství pro ty rodiče, děti, vidím to jako skvělý nápad, metodik řeší jen ty metodiky...“*, **R6:** *„...práce s rodinami, návazná práce s tou rodinou...“*, **R7:** *„...poradenství rodině, intervence s tím dítětem...“*

Většina respondentů uvedla poskytnutí včasné intervence: **R1:** *„...mohl by právě dělat ty včasné intervence...“*, **R4:** *„... mohl by hned reagovat...“*, **R5:** *„...hned by se to řešilo...“*

Tři respondenti uvedli, že poradenství by se týkalo i školních metodiků prevence: **R1:** *„...i pro ty školy by to bylo dobré, oni taky neví, jak to řešit...“*, **R2:** *„...ty školy by se na něj mohly obracet, že jo...“*, **R5:** *„...preventisti by věděli, na koho se obrátit...“*

Dlouhodobé vedení rodiny, dítěte uvedli čtyři respondenti: **R1:** *„...mohl by je dlouhodobě vést...“*, **R4:** *„...dlouhodobé vedení té rodiny s tím děckem...“*

Skupinové vedení dětí a mladistvých nebo rodičů uvedli čtyři respondenti: **R2:** *„... růstové skupiny...“*, **R6:** *„...skupinové sezení s těmi dětmi, kteří by mohli docházet do poradny, ale i skupiny pro rodiče...“*



Dále všichni respondenti uváděli spolupráci se školou, kde by adiktolog mohl dle všech dotazovaných realizovat preventivní programy, dva respondenti zdůraznili hlavně střední školy: **R3:** „...spolupracoval by se školou, dělat tu prevenci, hlavně ty střední školy...“, **R5:** „...navštěvoval by školy v rámci té primární prevence, dobré by to bylo hlavně pro ty střední školy...“ a také pět respondentů uvedlo, že by mohl dělat na škole depistáž: **R4:** „...záchyty...“, **R6:** „...mapování těch návykových látek...“, **R7:** „...určitě by v té škole dělal depistáže...“

Charakteristika pracovních činností, kterou respondenti uváděli, je shrnuta pro přehled do tabulky 8 – Formy pracovních činností adiktologa v PPP.

Tabulka 8: Formy pracovních činností adiktologa v PPP

Formy pracovních činností	Počet respondentů
Poradenství: rodina (dítě, rodiče)	7
školní metodik	3
Včasná intervence	4
Depistáž na školách	5
Skupinové vedení, dětí, rodičů	3
Dlouhodobé vedení rodiny	4
Primárně preventivní aktivity	7
Spolupráce se školou	7

Pracovně vytížen v PPP by dle většiny respondentů mohl být adiktolog na plný úvazek: **R1:** „...klidně na celý úvazek, myslím si, že je lidí dost...“, **R2:** „...na půlku, ale myslím, že by byl vytížen i na celý...“, **R3:** „...myslím si, že by se uplatnil i na celý...“, **R4:** „...asi i na celý úvazek...“, **R5:** „...určitě by měl dost práce, takže klidně i plný...“, **R6:** „...tady by se asi nezastavil...“ a jeden respondent reagoval, že by se jeho pracovní činnost vešla do polovičního úvazku. **R7:** „...asi na půlku...“

#### Shrnutí:

Velký vliv na zodpovězení této výzkumné otázky měla edukace respondentů o kompetencích adiktologa a jeho uplatnění. Většina respondentů by roli adiktologa v PPP vnímala spíše jako dalšího odborníka než v samotné roli metodika prevence. Po seznámení s rozsahem práce adiktologa respondenti vyjmenovávali různé možnosti, které by adiktolog v pedagogicko-psychologické poradně mohl vykonávat. Primární reakce všech respondentů bylo poradenství – práce s rodinou a s dítětem, včasné intervence, tři respondenti také uvedli, že poradenství by bylo prospěšné i školním metodikům. Většina respondentů se také shodla na dlouhodobém individuálním vedení rodičů a dítěte a skupinového sezení pro děti, které by se mohlo využít i pro jejich rodiče. Všichni respondenti také uváděli spolupráci se školami, kdy dva respondenti zdůraznili především střední školy. Podílet se na realizaci preventivních aktivit vítali všichni metodici prevence v PPP. Většina respondentů také uvedla mapování, depistáž ve třídních kolektivech. Nakolik by bylo využití pro adiktologa v PPP v ULK se bez jednoho respondenta všichni shodli na pracovním úvazku 1,0. V jednom případě se jednalo o půl úvazek. Ze zjištěných dat vyplývá, že adiktolog ve směru k pracovníkům je žádoucí zejména z pohledu odborného a ze schopnosti konzultovat případy kdykoliv, v rámci jeho pracovní doby.

## 6.6 Výzkumná otázka č. 5 – přínos adiktologa pro PPP a případné bariéry

K zodpovězení poslední výzkumné otázky bylo opět čerpáno z dat z okruhu č. 4 – spolupráce adiktologa v PPP. Zjišťováno bylo, jaký by měl adiktolog přínos pro poradnu a jaké jsou možné překážky pro navázání spolupráce adiktologa s PPP.

Jaký přínos by adiktolog pro PPP mohl mít, by dle všech respondentů byla jeho odbornost, vzájemná propojenost: **R1:** „...no to, co tady chybí, člověk, který by to řešil, ta návazná péče...“, **R2:** „...rozšířilo by se to...důležité by bylo to propojení“, **R3:** „...řešil by to hned ten odborník, nemuselo by se to hned řešit represivně přes policii...nemáme takové znalosti jako vy...mohlo by se ošetřovat širší spektrum těch problémů, ty zakázky tady jsou pestrý...“, **R4:** „...další odborník na určitou oblast, která je dneska dost problematická...“, **R5:** „...odborník na něco úplně jiného...“, **R6:** „...nejsme na to fundovaní, bojíme se toho, taková poradna by byla úplně ideální...ta provázanost je velmi důležitá“, **R7:** „...adiktolog by s tím uměl lépe pracovat, my to neodhalíme, nevidíme to tolik...“

Ze zjištěných dat také vyplynulo, že adiktolog v PPP by nebyl přínosem pouze pro poradnu, ale také pro rodiče, kteří by věděli, kam se mohou sami obrátit: **R2:** „...rodiče by věděli, že sem mohou přijít, že se není čeho obávat...“, **R4:** „...rodiče by věděli, že tady něco je...“, **R5:** „...rodiče by věděli, na koho se obrátit...“, **R6:** „...i pro ty rodiče by to bylo dobrý...“ a jak vyplývalo z většiny reakcí respondentů, zároveň i pro samotné školní metodiky: **R1:** „...i pro ty školy by to bylo dobré, oni taky neví jak to řešit...“, **R2:** „...ty školy by se na něj mohli obracet, že jo...“, **R5:** „...preventisti by věděli, na koho se obrátit...“, **R4:** „...oni nemají dostatek informací, neví, jak to mají řešit...bylo by to pro ně přínosné...“

Adiktologa by vnímali pro PPP jako přínosného spolupracovníka, ale většina také uvedla jednu hlavní překážku, která by bránila navázání spolupráce adiktologa do PPP, a to legislativu a finance. **R1:** „...rozpočet, legislativa, jsme školské zařízení...“, **R2:** „...legislativa, není tam tedy cesta otevřená...“, **R4:** „...finance, jsme školské zařízení, tedy legislativa...“, **R5:** „...ministerstvo MŠMT a všichni ti, co si myslí, že to není důležité, ti nahoře mají zkreslené představy, nebudou to financovat...“, **R6:** „...systém, není dobře nastavený... nedostatek financí, muselo by se to nějak podložit...“, **R7:** „...systém to nepodpoří, jsme školské zařízení, nic jiného...“

Pozoruhodný pohled byl jednoho respondenta, který reagoval: **R3:** „...nic mě nenapadá, jen je to rizikové místo, neměli byste dovolenou jako my...“ respondentka se usmívala a na doptání se, co tím má na mysli, reagovala: „No nebyli byste zaměstnaní jako pedagogičtí pracovníci jako my, ale jinak, jako to tady mají jiní a ty maj tu dovču myslím jen čtyři týdny?“ Přesto, že to byl pohled pouze jednoho respondenta, je na zamyšlení.

### Shrnutí:

Přínosem adiktologa pro PPP by dle všech respondentů mohla být jeho odbornost a vzájemná propojenost – multidisciplinarita. Ze zjištěných dat také vyplynulo, že adiktolog v PPP by nebyl přínosem pouze pro poradnu, ale také pro rodiče a samotné školní metodiky, kteří by věděli, kam se mohou sami obracet.

Pět respondentů uvedlo možné překážky, které by dle nich bránily v navázání spolupráce. Je to legislativa, kdy adiktolog je zdravotnický pracovník, zatímco PPP je školské zařízení. Za další komplikaci vnímali zdroj financí. Pozoruhodný pohled byl jednoho respondenta. Neshledal žádné překážky, pouze, že by adiktologové neměli tak dlouhou dovolenou, jako mají pedagogičtí pracovníci. Přestože to byl pohled pouze jednoho respondenta, je na zamyšlení, jelikož v PPP pracují

i jiní odborníci, jako je psycholog či sociální pracovník. Tedy přichází otázka, proč by adiktolog v PPP opravdu nemohl kvůli legislativě pracovat.

## 6.7 Sekundární zjištění

Někteří respondenti se během rozhovorů zmiňovali o dětské klientele, která PPP navštěvuje. Za pozornost stála data, ze kterých bylo zjištěno, že výskyt ADHD u dětí navštěvujících PPP ve většině případů převládá oproti jiným poruchám. Vzhledem k vysokým počtům dětí s ADHD o tom také metodici pochybují, zda je vše správně diagnostikováno: **R1:** „...dětí s ADHD je dost, ale já si myslím, že to není jenom na neurobiologickém podkladě, ale i z jiných důvodů...“, **R2:** „...velké procento jsou specifické učení, ale řekla bych, že možná převládá ADHD poruchy aktivity a pozornosti, je to spíše většina, hodně převládají chlapci...“, **R3:** „...je fakt hrozně hodně dětí, možná 75 %, až si někdy říkám, jestli je to fakt všechno ADHD...“, **R6:** „...je hodně dětí s ADHD, ale je rozdíl teda mezi tím ADHD a nevhovou...“, **R7:** „...poruchy učení a poruchy chování v poradně jsou všeobecně, spíše je ale symptomatika ADHD...“

## 7 Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat míru a charakteristiku uplatnění adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně Ústeckého kraje a cíl je považován za naplněný. Konečný vzorek z celkového počtu 11 PPP v ULK, obsahoval 9 PPP Ústeckého kraje, kde působí celkem sedm metodiků prevence. Bakalářská práce jednoznačně ukázala, že metodici prevence v PPP ULK zaujali pozitivní postoj k možné spolupráci adiktologa s PPP, zhodnotili ji za přínosnou a definovali činnosti, které by adiktolog v PPP ULK mohl vykonávat. Zároveň byly identifikovány překážky, které by možné spolupráci bránily.

Z výzkumu vyplynulo, že adiktologa by v PPP ULK uvítali spíše jako dalšího odborníka než samotného metodika prevence. Odborníka, se kterým by mohli spolupracovat, rozšířit své služby, a hlavně řešit adiktologickou problematiku, tedy jako specialistu. Podle § 22, vyhlášky č. 55/2011 Sb., která formuluje činnosti adiktologa, by adiktolog v PPP mohl vykonávat například tyto činnosti:

- „stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,
- provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek,
- provádět individuální skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii, provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.“

Pozitivní postoj na začlenění adiktologa do PPP mohl být u většiny z nich ovlivněn nedostatečnými adiktologickými službami v jejich regionu. V kraji je jedna odborná adiktologická ambulance pro děti i mladistvé a jak někteří respondenti reagovali, není pro ně kvůli vzdálenosti příliš dostupná. Tento problém je však aktuálně celorepublikový. Rolová et al. (2018), porovnávali a shodli se v závěrech své analýzy s analýzou provedenou Miovským, Čablovou, Šťastnou, Školníkovou a Miklíkovou (2014a), že v ČR stále trvá vysoká potřebnost zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulanci pro děti a mladistvé.

Od toho se také odvíjel i přínos spolupráce adiktologa s PPP. Adiktolog by nebyl přínosem pouze pro PPP, ale jak uvedli respondenti, také pro rodiče a školní metodiky, kteří by věděli, kam se mají s adiktologickým problémem obracet. Pro samotnou poradnu by byl adiktolog přínosem nejen jako odborník na závislosti, ale jak vyplývá z jeho bakalářského studijního programu, je vybaven také znalostmi o primární prevenci rizikového chování, realizací preventivních programů nejen pro oblast závislostí, ale na celou škálu rizikového chování (*Bakalářský studijní program Adiktologie pro akademický rok 2019/2020*, n.d.). Hlavním přínosem, jak všichni metodici prevence v PPP zhodnotili, by byla vzájemná propojenost, spolupráce v týmu, multidisciplinarita. Propojenost systému v práci a neschopnost zachytit tyto klienty včas v současné době chybí (Miovský et al., 2014a). PPP je zastoupena odborníky na dětskou klientelu, kterou zastupují primárně psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Týmová práce se zastoupením profesionálů různých oborů a provázanost jednotlivých metod v přístupu péče by byla dle Miovského (2003) efektivní.

Sekundární zjištění výzkumu, které přineslo pohled na početný výskyt ADHD u dětí v PPP, může mít také vliv na zapojení adiktologa do PPP, na transdisciplinaritu. Většina respondentů uvedla více jak polovinu dětských klientů s ADHD, kteří jsou dle Miovského et al. (2018) více ohrožení závislostním chováním. Pilotní studie realizovaná v ČR „*Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice*“ potvrdila vysoký výskyt ADHD u uživatelů drog a vliv neuropsychické poruchy na vulnerabilitu jedince

s dopadem na bio-psycho-sociální oblast (Rubášová, Kalina, Miovský, Čablová, & Šťastná, 2015). Dle výsledků studie (Miovský et al. (2014a) se osobnostní charakteristiky jedinců, kteří jsou vulnerabilní k rizikovému závislostnímu chování vyznačují disharmonickým vývojem osobnosti, emočními problémy, poruchami chování, smíšenými poruchami chování a emocí, mezi kterými se vyskytuje především ADHD, afektivní a psychotické poruchy (Miovský et al., 2014a). Miovská, Vacek a Gabrhelík (2008) ve své knize představily longitudinální studii, kterou realizoval Shedler a Block. Studie identifikovala, že je možnost dítě podchytit již před zahájením užívání drog, a to podle jeho osobnostních charakteristik, které se výrazně liší mezi budoucím experimentátorem, uživatelem i budoucím neužívatelem. Sice byla studie zaměřena pouze na užívání konopných látek, ale sami autoři poukázali na to, že studie, které se zabývaly alkoholem, došly k podobným osobnostním rozdílům, jež mohou budoucí potíže odhalit (Miovská et al., 2008). Nástroj k vyhledání určitých osobnostních rysů u jedince, který má vztah k různým formám rizikového chování (hlavně s užíváním návykových látek) je dotazník SURPS (Substance Use Risk Profile Scale), který umožňuje měřit negativní myšlení, přecitlivělost, impulzivitu a vyhledávání vzrušení. Mohou ho využívat různí odborníci např. psychologové, výchovní poradci, adiktologové (Dolejš, Miovský & Řehan, 2012).

Dalo by se tak uvažovat, že většina klientů PPP jsou možnými klienty adiktologických služeb v dospělosti. Vzájemná propojenost odborníků v PPP s adiktologem by mohla být tak prospěšná pro realizaci selektivní prevence a její intervence, které by mohly identifikovat ty, kteří jsou ohroženi problémy souvisejícími se závislostním chováním, a hlavně co nejčasněji zasáhnout (Šťastná & Šucha, 2010).

Tímto se také dostáváme k samotné náplni práce adiktologa. Většina respondentů charakterizovala, že by adiktolog mohl dělat depistáž, včasnou diagnostiku, a to jak možného, tak stávajícího adiktologického problému. Sami respondenti zmiňovali neznalost adiktologického tématu a zároveň uváděli, že většina škol tuto problematiku řešit neumí, kdy důvodem je vedení školy nebo sám školní metodik prevence. Slabé stránky a hrozby ze SWOT analýzy o stavu primární prevence rizikového chování v Ústeckém kraji na rok 2020–2022 tato data potvrdily:

- „*vykonávání funkce školního metodika prevence z povinnosti, často bez ohodnocení;*
- *nedostatek času pro výkon funkce školního metodika prevence, často kumulace funkcí;*
- *nezájem vedení některých škol o spolupráci;*
- *vysoká míra tolerance k určitým typům rizikového chování, podceňování prevence nejen samotnými školami;*
- *negativní přístup vedení škol k primární prevenci;*
- *zvyšování nároků na osobu ŠMP za stávajících podmínek;*
- *vykonávání funkce ŠMP z povinnosti.“* (Vavřková, 2020, s. 5)

Zároveň zjištěná data z výzkumu, která uvádí informace ve smyslu, že se adiktologická problematika na školách vyskytuje málo, tyto potíže se moc ve škole neřeší nebo se objevují minimálně, mohou nasvědčovat tomu, že výskyt rizikového chování u dětí a mladistvých v regionu ULK není tolik rozšířen. Proč tomu tak může být, pokud studie zabývající se adiktologickou tematikou ukazují něco jiného? Poskytování informací, které vypadají jako pravdivé, a přitom jsou záměrně neúplné či nepřesné, můžeme hodnotit jako desinformaci, jejímž úkolem je vytvořit klamný dojem, odvést pozornost od nedostatků nebo problémů nebo skrývat podstatná fakta (Molnár, Mildeová, Řezanková, Brixí, & Kalina, 2012). Data, která potvrdila i výše citovaná slabá stránka SWOT analýzy, a nízké znalosti v adiktologické problematice ze strany metodiků prevence v PPP a školních metodiků mohou být odrazem zjištěných dat, která informují o tom, že výskyt

rizikového chování v adiktologické problematice je v kraji minimální. Může za tím být stále nedůvěra ve školního metodika, která vyplynula z analýzy poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, realizované v IPPP ČR již v roce 2008. Ukázalo se, že tato pozice ve školách nemusí přinášet očekávaný efekt z důvodů ambivalentního postavení učitele, který je v roli autority s pravomocí a současně v roli důvěrníka. Typ problémů, se kterými se tento pedagog setkává, již svojí podstatou směřují k volbě jiného odborníka (Slavíková & Zapletalová, 2015).

Další pracovní činností, kterou by adiktolog v PPP mohl dle metodiků vykonávat a na které se shodli úplně všichni, bylo poradenství pro děti a rodiče. Jako prospěšné to vnímali i pro školní metodiky, což opět zrcadlí neznalost a nejistotu adiktologického tématu na školách. Většina respondentů se shodla, že by adiktolog mohl v rámci PPP poskytovat včasnou intervenci. Tu obecně všichni respondenti při výskytu rizikového chování v oblasti závislostí hodnotili jako problém.

Dalo by se uvažovat, že pokud se školská zařízení nemají o koho „opřít“, snižuje se potřeba se závislostmi více zabývat. Tomu by také mohlo odpovídat šetření, které proběhlo celorepublikově v roce 2015 „*Mapování činností metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách v rámci primární prevence rizikového chování metodici prevence v PPP*“, kdy metodici prevence v PPP hodnotili návykové látky, kterým se věnovali v přímé péči jako častější (ze 13 typů rizikového chování, moderní technologie zařazeny nebyly), ale zájem o vzdělávání v této problematice byl na posledním místě (Jurystová, Jarošík, & Pacnerová, 2015). Stojí to za zamyšlení, pokud to porovnáme s výpověďmi respondentů v ULK.

Většina respondentů se také shodla, že by adiktolog mohl realizovat dlouhodobé individuální vedení s rodiči a dětmi, vést dětské růstové skupiny. Ze zjištěných dat také vyplynula u většiny respondentů potřeba individuálních a skupinových intervencí s problémovými žáky, které převážně z pracovních časových důvodů nemohou realizovat. Jak respondenti zmiňovali, v důsledku jejich vzdělání speciálního pedagoga se musí věnovat diagnostice, která jim zabírá většinu pracovní činnosti v PPP, je na ně kladen z vedení vysoký tlak. Zároveň jejich nízký pracovní úvazek, který polovina metodiků neuměla specifikovat, může mít vliv na nezajištění potřebných aktivit v rámci náplně metodika prevence v PPP. Pracovní úvazek vychází u většiny metodiků 0,2, někdo má 0,5–0,6 úvazku. „*Minimální rozsah činnosti metodika prevence v PPP je 0,5 úvazku, doporučený rozsah činnosti je plný úvazek*“ (MŠMT, n.d.b, s. 5). Od toho také pramení otázka, jaké služby v rámci svého úvazku a počtu škol může metodik prevence v PPP školám nabídnout? Prolínání těchto dvou pracovních pozic v jedné osobě může být tak aktuálně pro metodika prevence v PPP „nešťastné“. Systém v PPP je zaměřen dle respondentů převážně na diagnostikování specifických poruch učení. V roli speciálního pedagoga se diagnostice věnují nad rámec, než samotné náplni práce metodika prevence v PPP. Primární prevence jde dle nich převážně stranou. A pokud bychom se zaměřili na školního metodika, který dle zjištěných dat není zcela ve své roli uspokojený a zároveň kumuluje ve škole více funkcí, jaká kvalita služeb v rámci prevence výskytu rizikového chování se dá očekávat, pokud významné funkce ve školství v prevenci rizikového chování nevykonávají své role plně? V posledních letech se stále víc diskutuje o tom, že současný stav koordinace primární prevence rizikového chování není na krajské a regionální úrovni dostačující a dlouhodobě neplní svoji funkci (Pilař, 2015). Adiktolog by tak svým vzděláním mohl kompenzovat nedostatky, které by odstranily kumulace funkcí. Svými znalostmi získanými studiem by se mohl plně zapojit do koordinace primární prevence a zároveň poskytnout službu, která byla pro všechny respondenty stěžejní, a to poradenství v rámci adiktologické problematiky.

Zajímavým zjištěním bylo také další vzdělávání metodiků prevence v PPP. Jejich zaměření oboru vzdělání může ovlivnit samotné pojetí činnosti metodika prevence. Z výzkumu se ukázalo, že

metodiky prevence se vzdělávají více v tom, co jim je osobně bližší. Každý pracovník se zaměřuje více na určité rizikové projevy chování, které se primárně u většiny pracovníků týkají šikany a vztahů ve třídě. Může to však také být ovlivněno poptávkou školy, kdy nejčastěji řeší šikany, kyberšikany a vztahy ve třídě, což je celorepublikově srovnatelné (Vacek et al., 2019). Na předních příčkách, přímo v první trojici, se ULK umístil ve výskytu rizikového chování v kyberšikaně, v záškoláctví, ve skrytém záškoláctví, v kriminálním chování, v zanedbávání a zneužívání, v užívání konopí, v užívání návykových látek. První místo zaujal v užívání tabáku, čtvrté místo v užívání alkoholu (Vacek et al., 2019). Překvapivě o kouření tabáku se nezmiňoval žádný metodik prevence v PPP. Dalo by se uvažovat, že spolupráce se školou v oblasti závislostního chování je opravdu minimální, metodiky prevence v PPP nemají přehled. Uváděli, že zpětnou vazbu k této problematice od školních metodiků nemívají. Nebo také, jak vyplynulo, znalosti v oblasti návykových látek nemají dostatečné, jelikož žvýkáci tabák a elektronickou cigaretu do návykových látek nezařadili.

Podle přílohy č. 4 k vyhlášce 72/2005 Sb, o standardních činnostech pedagogických a dalších pracovníků zajišťujících poradenské služby ve školských poradenských zařízeních, by se metodiky prevence v PPP měli všichni vzdělávat v oblasti specifické prevence, kam spadají dle Miovského (2015) základní témata: záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, negativní působení sekt, rasismus a xenofobie, sexuální rizikové chování a závislostní chování (adiktologie). Gabrhelík (2016), který cituje starší strategii, navíc rozeznává kategorii rizikového chování interpersonální agrese a delikvenci vůči hmotným statkům. Otázkou pak je, zda by adiktolog, přestože získal v rámci svého studia znalosti o výskytu rizikového chování a primární prevenci, neupřednostňoval v roli metodika prevence v PPP pouze oblast závislostního chování.

Další pracovní činnost, která z výzkumu vyplynula a na které se všichni respondenti shodli, byla spolupráce se školami, kdy dva uvedli hlavně střední školy. Z dat také vyplynulo, že si jsou metodiky prevence v PPP vědomi problému v oblasti závislostního chování na školách, hlavně na středních školách, kde se vyskytuje. Zároveň reflektovali, že studenti potřebují již něco jiného, než jim aktuálně v rámci primární prevence přináší. Jako nedílnou součást pracovní aktivity adiktologa v PPP shodně uváděli realizaci programů primární prevence.

Představy metodiků prevence v PPP, které také směřovaly k uplatnění adiktologa v PPP, vycházely i z chybějící týmové práce pro vstupy do tříd, kterou považovali za velmi důležitou. Práce se skupinou je spojena s vysokými nároky na pozornost, na schopnost sledovat procesy ve skupině, které se ve skupině odehrávají, a také skupinu usměrňovat. Je ideální, mohou-li skupiny vést dva lektori, kteří následně vyhodnotí po vzájemné konzultaci proces ve skupině a nastavují další kroky „šité na míru“.

Bez jednoho respondenta by všichni začlenili adiktologa do PPP na plný úvazek, pouze jeden respondent na úvazek poloviční. Metodiky pracovní úvazek obhajovali tím, že by pro adiktologa bylo práce hodně. Vzhledem k tomu, že se podle respondentů adiktologická problematika vyskytuje málo a není o ni ze strany škol takový zájem, může být právě odrazem jejich neznalosti této oblasti. Podle toho, že by adiktologovi v PPP přiřadila většina respondentů plný úvazek, je tato situace výraznější, a zrcadlí tak problematiku Ústeckého kraje popisovanou v teoretické části této práce, které si jsou respondenti vědomi.

Překážky, které by bránily v navázání spolupráce adiktologa s PPP v ULK, jsou podle všech, kromě jednoho respondenta, legislativa a finance. Pokud bychom mysleli na začlenění adiktologa do PPP jako metodika prevence, tak dle legislativy získává metodik prevence v PPP svou odbornou kvalifikaci podle § 19a zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících „*Metodik prevence*

v pedagogicko-psychologické poradně získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu“. Není více specifikováno zařazení a ukončení vysokoškolského studia (Bc., Mgr.). Spíše se předpokládá, že jím bude osoba pohybující se v oblasti pedagogicko-psychologického poradenství. Mezi základními doporučeními je požadavek, aby začínající pracovník absolvoval specializační studium pro metodiky prevence, podle vyhlášky č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků. Z projektu ISp KIPR vyšlo doporučení, že metodika prevence v PPP by mohl vykonávat i adiktolog s kombinací studia školního metodika prevence. Výše vysokoškolského vzdělání není také uvedena (Zapletalová et al., 2020). Pokud bychom se měli opřít o čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství, kdy metodik prevence v PPP je ve 4. stupni expertní úrovně, tak po splnění všech kvalifikačních požadavků by adiktolog v PPP na pozici metodika prevence mohl požadované přínosy naplnit. Odbornost adiktologa, Specializace adiktolog ve zdravotnictví, je ukotvena v § 21a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Může být odbornost adiktologa, Specializace adiktolog ve zdravotnictví, opravdu možnou bariérou na začlenění? Jak vyplývá z výsledků „Výzkumu pracovní uplatnitelnosti adiktologa z pohledu absolventů studijních programů adiktologie“, rozpětí pracovního uplatnění je široké. Adiktolog se může uplatnit nejenom ve zdravotnických službách, ale i v sociálních adiktologických službách, ve výzkumu a protidrogové politice, ve státní správě nebo také ve školství (Pavlovská, Miovský, & Vacek, 2018).

Za důležité zjištění výzkumu se také považuje neznalost metodiků prevence v PPP o oboru adiktologie, čím se zabývá a co adiktolog může vykonávat za činnosti, čemu se může věnovat. Jak někteří respondenti uváděli, adiktologii mají spojenou pouze s návykovými látkami. Zde je na místě dále informovat a vzdělávat pracovníky ve školství o adiktologii a kompetencích adiktologa. Edukovat lze na různých úrovních dle systému vertikální koordinace prevence (školy, oblastního metodika prevence, krajského školského koordinátora prevence, až MŠMT).

Zde je na místě také zhodnotit kritéria kvality výzkumné práce. Při plánování výzkumu jsem se obávala zachování objektivity, a to z toho důvodu, že jako lektor primární prevence v ULK jsem přišla do kontaktu s některými zařízeními v rámci spolupráce. Mohlo se tak zdát, že bude například snazší získat jejich souhlas k účasti na výzkumu. Jsem si také vědoma, že výsledky mohou být výzkumníkem ovlivněny, a to jeho osobními názory, předpoklady a preferencemi. Možné zajištění spolehlivosti výsledků vidím např. v interpretaci údajů několika výzkumníky, v porovnání podobných výzkumů, podobných jedinců v podobném kontextu, v použití více metod nebo třeba schválením závěrečné zprávy účastníky.

Dalším limitem je výběr výzkumného souboru, který byl zvolen dle požadovaných kritérií. Pozice metodika prevence v PPP byla však výrazně propojena s pozicí speciálního pedagoga a během rozhovoru bylo opakovaně téma vráceno k pozici metodika prevence. Limitem také je samotná realizace rozhovorů, které byly provedeny jednorázově a nebyla tak možnost položit respondentům doplňující otázky. Co se týče metody získávání dat, vhodné by bylo propojit metodu rozhovoru a dotazníku, využít tzv. metodologickou triangulaci. V dotazníku by se specifikovaly otázky směřované přímo k pozici metodika prevence a data s daty z rozhovorů by se tak mohla lépe analyzovat. Zvoleným výzkumným vzorkem a metodou sběru dat mohlo také dojít k částečnému zkreslení výpovědí, čímž trpěla reliabilita výzkumu. Zároveň pokud by byl za výzkumný vzorek zvolen vedoucí PPP, který má přehled o financování a personálu v PPP, výsledky by mohly lépe reflektovat realitu výše pracovního úvazku, personální kapacitu a možnou legislativu. Vzhledem k úskalím



reliability by mohlo být vhodné využití například i polostrukturované ohniskové skupiny (Miovský, 2006) provedené s více pracovníky v rámci jednoho zařízení. Zároveň by to také mohlo přinést zajímavé výsledky při podrobnějším dotazování na přítomnost poruch u dětí, které jsou prospektivně ohroženy závislostním chováním. Tato bakalářská práce však neumožňuje v rámci rozsahu se tímto detailně zabývat, přestože by to k tématu práce mohlo být přínosné.

Jako limit je také otázka anonymity respondentů, která je v jedné kapitole zcela zakrytá. Přestože se jedná o údaje pracovní, jsou do určité míry i osobní. Tím, že se metodici prevence v PPP vzájemně znají a mohli by si bakalářskou práci číst, by mohlo dojít k odkrytí anonymity i v dalších kapitolách. Také opatření ČR přijatá v souvislosti s probíhající epidemií zkomplikovala plánovanou realizaci sběru dat. Dva rozhovory provedené v druhé půlce března musely být uskutečněny formou telefonického rozhovoru, což mohlo přinést určité nevýhody, jako například nedostatečné vytvoření důvěrného prostředí pro účastníka. Během vedení telefonického rozhovoru, ani během vedení osobního rozhovoru nenastaly žádné komplikace, které by znemožnily sběr dat.

Na závěr diskuze bych ráda uvedla doporučení, která vyplývají ze zjištěných výsledků. V rámci dalšího šetření by bylo vhodné podrobněji zmapovat postoj dalších pracovníků v PPP, postoj školních metodiků a vedení školy na začlenění adiktologa do systému školství v ULK a to v souvislosti s výskytem rizikového chování na školách a v PPP také v souvislosti s cílovou skupinou, která může být vulnerabilní k výskytu rizikového chování. Také by bylo vhodné se zaměřit na zkoumání podobné problematiky v zahraničí, na uplatnění úzce specializovaného odborníka na závislosti ve školství. Zjištění mohou přinést inspiraci i do dalších regionů a pomoci rozvinout systém koordinace prevence rizikového chování a dostupnost adiktologické služby pro děti a mládež na území ČR.

## Závěr

Bakalářská práce s názvem Možnosti uplatnění profese adiktologa v pedagogicko-psychologické poradně: pilotní studie Ústeckého kraje se zabývala specifickým školským zařízením, kterým byla pedagogicko-psychologická poradna a možného propojení s působností adiktologa. Hlavním cílem studie bylo zmapovat míru a charakteristiku uplatnění adiktologa v PPP Ústeckého kraje. Dílčí cíle si kladly za cíl zmapovat současný stav rizikového chování adiktologické problematiky v PPP ULK, jaký by mohla mít případná spolupráce adiktologa v PPP přínos a zároveň identifikovat možné překážky, které by spolupráci adiktologa v PPP v ULK bránily. Smyslem této pilotní studie bylo otevřít tak prostor tomu se tímto tématem zabývat, prostor pro další pole působnosti adiktologa.

Cíle byly naplněny, a to prostřednictvím výzkumu, který byl založen na kvalitativním přístupu. Data byla získána od metodiků prevence v PPP ULK prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Zjištěna byla zejména neznalost adiktologické problematiky jak ze strany metodiků prevence v PPP, tak zároveň ze strany školy, kde není motivace se touto problematikou zabývat. Pozoruhodným zjištěním byla minimální informovanost metodiků prevence v PPP o oboru adiktologie a působnosti adiktologa. Po edukaci metodiků prevence PPP o profesi adiktologa byl identifikován přínos a charakteristika jeho působení v PPP. Nejžádanější formou spolupráce byla spolupráce adiktologa jako dalšího odborníka v PPP na plný úvazek, který by byl přínosem nejen pro samotnou poradnu, ale také pro zákonné zástupce dětí a školní metodiky, kteří by věděli, že se mohou bez obav na PPP v oblasti adiktologické problematiky obrátit. Mezi pracovní činnosti adiktologa bylo zařazeno mapování rizikového chování, včasná intervence, realizace programů primární prevence, spolupráce se školami, poradenství a dlouhodobé vedení dětí i rodičů. Jako možné bariéry, které by znemožnily navázání spolupráce, byly definovány legislativa a s ní související financování pracovní pozice.

Byl zjištěn minimální výskyt rizikového chování v oblasti návykových látek, který dle zjištěných dat zrcadlí neznalost adiktologické problematiky a jejího řešení na školách. Neuchopitelnost této klientely se tak promítá do nejistoty profesionálů, kteří s dětskou klientelou mladší 18 let pracují, a zároveň do neschopnosti pracovníků adekvátně nastavit intervence a předpokládat výsledky a prognózu. Byl také potvrzen zvýšený výskyt dětí s poruchou chování ADHD v PPP.

Bakalářská práce přináší zajímavá zjištění z prostředí školského zařízení, které by jako instituce na základě spolupráce s adiktologem mohlo těžit pro skupinu dětí a mladistvých, členy rodiny, ale také pro skupinu pracovníků dalších školských zařízení. Na základě identifikovaného přínosu zapojení adiktologa do PPP lze předpokládat, že zavedení adiktologické profese do školského prostředí by mohlo vést ke zvýšení kvality poskytovaných intervencí, včasné diagnostice a možnosti co nejčasněji zasáhnout. Zároveň by došlo k vyřešení limitů odborného zajištění adiktologické tematiky v PPP a na školách a zajištění koordinace primární prevence, které by adiktolog svým vzděláním multidisciplinárního charakteru splňoval. Byl by tak přínosný nejenom pro oblast zdravotnictví a sociální služby, ale také pro oblast školství.

## Seznam použité literatury

Adams, P. J., Sellman, D., Newcombe, D., Adamson, S., White, S., Deering, D., & Todd, F. (2017). Postgraduate Alcohol and Other Drug Practitioner Training in New Zealand: Significant Influences. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 468-474.

*Bakalářský studijní program*. (n.d.). [vid. 2020-04-08].

Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/document/85733/badi-p-2019-2020.pdf>

*Bakalářské studium adiktologie—Klinika Adiktologie*. (n.d.). [vid. 2020-04-08].

Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/bakalarske-studium-adiktologie>

Balek P., Barták, M., Hiekischová, M., Laštovková, J., & Vašat, J. (2018). *Východiska pro tvorbu rodinné politiky Ústeckého kraje*. [vid. 2020-03-28]. Dostupné z:

[https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1730829](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1730829)

Brtníková, V. (2017). *Kazuistická práce klienta dětské a dorostové adiktologické ambulance s primárně užívanou návykovou látkou marihuanou*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze. [vid. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/92294>

Clark, D. B., Thatcher, D. L., & Tapert, S. F. (2008). Alcohol, psychological dysregulation, and adolescent brain development. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 375-385.

Dolejš, M., Miovský, M., & Řehan, V. (2012). Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek. (SURPS – substance use risk profile scale). Klinika adiktologie 1. LF UK & Togga.

Čada, K., Büchlerová, D., Korecká, Z., & Samec, T. (2015). *Analýza sociálně vyloučených lokalit*. [vid. 2020-03-25]. Dostupné z:

[https://www.esfcr.cz/mapa-svl-2015/www/analiza\\_socialne\\_vyloucenych\\_lokalit\\_gac.pdf](https://www.esfcr.cz/mapa-svl-2015/www/analiza_socialne_vyloucenych_lokalit_gac.pdf)

Černíková, T., Dárek, D., & Klíma, T. (2019). Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2017. *Praha: Úřad vlády ČR*.

Český statistický úřad [ČSÚ]. (2018). *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Ústeckého kraje 2017*. [vid. 2020-03-25]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/61166034/33000618.pdf/37cae0ad-5bd3-44dd-b6d5-b8ea7dfbf886?version=1.11>

Flory, K., Milich, R., Lynam, D. R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2003). Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder are uniquely at risk. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 151.

- Foltová, L. (2010). *Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami*. (Diplomová práce). Masarykova univerzita. [vid. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/mqlxb/>
- Gabrhelík, R. (2016). *Prevence užívání návykových látek jako vědní disciplína a její aplikace v praxi*. Nakladatelství Lidové noviny.
- Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido.
- Gecková, A. M., Dankulincová, Z., Sigmundová, D., Kalman, M. (Eds). (2016). *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. [vid. 2020-03-14]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/sites/default/files/1713157-nar-zprava-v4-2014.pdf>
- Gilvarry, E., McArdle, P., O'Herlihy, A., Mirza, K., Bevington, D., & Malcolm, N. (2016). *Doporučené postupy pro práci s mladými lidmi s problémy souvisejícími s užíváním návykových látek*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze/Královská akademie všeobecných lékařů, UK.
- Hindová, A. (2019). *Uplatnění adiktologa ve službách specializovaných na léčbu poruch příjmu potravy*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze. [vid. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/108957>
- Charvát, M., Jurystová, L., & Miovský, M. (2012). *Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství*. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.
- Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. Zaostřeno, 5, 1–16*.
- Jurystová, L., Jarošík, V., & Pacnerová, H. (2015). *Mapování činností metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách v rámci primární prevence rizikového chování*. Oddělení ústavní a ochranné výchovy, prevence rizikového chování a Pracoviště pro certifikace, NUV. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste\\_pro\\_certifikace/fin\\_2015\\_09\\_Mapovani\\_cinnosti\\_metodiku\\_prevence\\_v\\_PPP\\_v\\_ramci\\_PPRCH.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/pracoviste_pro_certifikace/fin_2015_09_Mapovani_cinnosti_metodiku_prevence_v_PPP_v_ramci_PPRCH.pdf)
- Kačírková, R. E. (2015). *Evaluace prezenční formy bakalářského studijního oboru adiktologie z pohledu absolventů studia*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. [vid. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/66070>
- Kalinová, E. (2019). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2018*. [vid. 2020-02-10]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1735693](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1735693)
- Knotová, D. (2014). *Školní poradenství*. Grada.

Kraus, L., Leifman, H., Vicente, J., Guttormsson, U., Molinaro, S., & Arpa, S. (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union.

Kucharská, A., Říhová, L., Jarošová, Z., Zapletalová, J., Baldrmannová, S., Dřímálová, I., ... Svozílková, R. (2020). Jednotná pravidla pro poskytování poradenských služeb ve školských poradenských zařízeních – intervenční část, Speciální část PPP. IPs KIPR 2016-2020. NÚV. [vid. 2020-05-25]. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/KIPR/Vystupy\\_z\\_klicovych\\_aktivit/Jednotna\\_pravidla/F2\\_Jednotna\\_p\\_ravidla\\_pro\\_poskytovani\\_poradenskych\\_sluzeb\\_specialni\\_cast\\_PPP.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/KIPR/Vystupy_z_klicovych_aktivit/Jednotna_pravidla/F2_Jednotna_p_ravidla_pro_poskytovani_poradenskych_sluzeb_specialni_cast_PPP.pdf)

Lahey, B. B., Loeber, R., Hart, E. L., Frick, P. J., Applegate, B., Zhang, Q., Green, S. M., & Russo, M. F. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 83–93.

Libra, J., Adameček, D., Herzog, A., Krutilová, D., Randák, D., Sklenář, V., & Šedivá, D. (2015). Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Lososová, A., Svěcená, K., & Miovský, M. (2020). Zkušenosti zaměstnavatelů s uplatněním profese adiktologa. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 3*(1), 22–30.

*Magisterské studium adiktologie—Klinika Adiktologie*. (n.d.). [vid. 2020-04-08]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/magisterske-studium-adiktologie>

Miovská, L., Vacek, J., Gabrhelík, R. (2008) Uživatelé konopných drog. In Miovský, M. Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In K. Kalina (Ed.) (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Kapitola 6/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie, 7*(2), 30-45.

Miovský, M. (2014). *Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014-2020*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M., Čáblková, L., Šťastná, L., Školníková, M., & Miklíková, S. (2014a). Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. *Adiktologie, 14*(1).

Miovský, M. (Ed.) et al. (2014b). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M. (2015) Základní pojetí a cíle programů školské prevence rizikového chování. In M. Miovský (Ed.), *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání s. 28 - 33). Nakladatelství Lidové noviny.

Miovský, M., Gabrhelík, R., Libra, J., Popov, P., Pavlovská, A., Kalina, K., ... Grund, J. P. C. (2016). The Prague Comprehensive Model of Academic Addictology (Addiction Science) Education. *Adiktologie*. 16(1), 36–49.

Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Molnár, Z., Mildeová, S., Řezanková, H., Brixí, R., & Kalina, J. (2012). *Pokročilé metody vědecké práce*. Profess Consulting.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, ... Vopravil, J. (2019). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mrázková, J., & Kucharská, A. (2014). *Spolupráce školního speciálního pedagoga a asistenta pedagoga ve školách zapojených v projektu RAMPS-VIP III*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků.

MŠMT. (n.d.a). *Školská poradenská zařízení (ŠPZ)*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [vid. 2020-03-08]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/pedagogicko-psychologicke-poradenstvi/skolska-poradenska-zarizeni>

MŠMT. (n.d.b). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže*. (Metodické doporučení úvodní část s. 5). Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [vid. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>

*Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí*. (2010). In Sbíрка zákonů ČR.

Pavlas Martanová, V. (2011). *Efektivita poradenské péče o děti s poruchami chování, evaluace multisystémového modelu indikované prevence realizovaného v pedagogicko-psychologické poradně v Praze 6*. (Disertační práce). [vid. 2020-01-20]. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/95215/>

Pavlas Martanová, V., Běhounková, L., Exnerová, M., Charvát, M., Jurystová, L., Kaufová, T., Krajíčková, S., Miovský, M., Pacnerová, H., Skácelová, L., Širůčková, M., & Šťastná, L. (2012). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. *Klinika adiktologie* 1. LF UK & TOGGA.

Pavlovská, A. (2018). *Analýza studijního programu adiktologie a charakteristika jeho absolventů v kontextu vývoje oboru adiktologie*. (Disertační práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. [vid. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/102383>

Pavlovská, A., Miovský, M., & Vacek, J. (2018). Kde má adiktolog v ČR své místo na trhu práce? Výzkum pracovní uplatnitelnosti z pohledu absolventů studijních programů adiktologie. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(3), 120–127.

Pilař, J., Budinská, M., Holická, N. (2015) Organizační rámec školské prevence v ČR In M. Miovský (Ed.), *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání s. 101 -112). Nakladatelství Lidové noviny.

Podhorský, M. (2004). *Ústecký kraj*. Freytag & Berndt.

Polosa, R., Russell, C., Nitzkin, J., & Farsalinos, K. (2017). A critique of the US Surgeon General's conclusions regarding e-cigarette use among youth and young adults in the United States of America. *Harm Reduction Journal*, 14, 1–10. [vid. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1186/s12954-017-0187-5>

Pyšný, L., Pyšná, J., Petrů, D., Cihlář, D., & Görner, K. (2018). Kouření tabáku, konzumace alkoholu a užívání marihuany u studentů středních škol Ústeckého kraje. *Hygiena*, 63(1), 5-9. [vid. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2018/01/01.pdf>

Raboch, J., Andrs, M., Hellerová, P., & Uhlíková, P. (Eds.). (2010). Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. *Psychiatrická společnost*, 53–110.

Rolová, G., Miovský, M., & Barták, M. (2018). Veřejně dostupné zdroje dat a prevalence užívání návykových látek u rodiček, dětí a mladistvých a možnosti využití těchto dat pro prevalenční odhady pacientů a klientů. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(4), 224–235.

Rubášová E., Kalina, K., Miovský, M., Čablová, L., & Šťastná, L., (2015). Výskyt ADHD u osob závislých na ilegálních návykových látkách léčených v terapeutických komunitách v České republice – pilotní studie Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 111(5), 228–235.

Sklenář, O. (2016). Úhrada zdravotní péče poskytované adiktologem se stala od roku 2016 realitou. *Editorial. Adiktologie*, 16(1), 4-5.

Sklenářová Francová, K. & Janouškovec, V. (2010). Průzkum „Uplatnění současných absolventů oboru adiktologie“ provedený v roce 2010. (PPT prezentace). [vid. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/2709088/>

Ústecký kraj. (2019a). *Bezpečnostní analýza Ústeckého kraje*. [vid. 2020-02-28]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1738215](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1738215)

Ústecký kraj. (2019b). *Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji*. [vid. 2020-02-28]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id\\_org=450018&id=1731241&n=seminare%2Dvyzkumyavislostnim](https://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=450018&id=1731241&n=seminare%2Dvyzkumyavislostnim)

Ústecký kraj. (2020). *Strategie prevence závislostí Ústeckého kraje na období 2020–2023*. (2020). [vid. 2020-05-10]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1742955](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1742955)

Slavíková, I., Zapletalová, J. (2015). *Školní metodik prevence*. In M. Miovský (Ed.), *Prevence rizikového chování ve školství* (2. přepracované a doplněné vydání, s. 121 -126). Nakladatelství Lidové noviny.

Suchá, J., Dolejš, M. & Pipová, H. (2019). Hraní digitálních her u českých adolescentů. *Zaostřeno* 5(4), 1–16.

Šťastná, L., Šucha, M. (Eds.). (2010). *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

*Úplné znění č. 1338, Regionální školství, pedagogičtí pracovníci*. (2019). Ostrava: Sagit a.s.

Vacek, J., Gabrhelík, R., Rokosová, K., Petrenko, R., & Myšková, L. (2019). Prevence rizikového chování ve školách v České republice za školní rok 2017/18: Údaje evidované Systémem evidence preventivních aktivit. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 2(1), 32–46.

Vaverková, P. (2020). *Krajský plán primární prevence rizikového chování v ústeckém kraji na období 2020–2022*. [vid. 2020-03-20]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1742996](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1742996)

Veřejný ochránce práv. (2013). *Zpráva ze systematických návštěv dětských psychiatrických nemocnic (9.8.2013)* [vid. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2610>

Volfová, A. (2019). Česká asociace adiktologů, brzy i těch klinických. *Editorial, Adiktologie v prevent. a léčeb. praxi*, 19(4), 231.

*Vyhláška č. 39/2005 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání*. (2005). In *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.

*Vyhláška č. 72/2005 Sb. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. (2005). In *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.



*Vyhláška č. 317/2005 Sb. Vyhláška o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků. (2005). In Sbíрка zákonů ČR. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.*

*Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2011). In Sbíрка zákonů ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.*

*Vyhláška č. 421/2013 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. (2013). In Sbíрка zákonů ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví.*

*Vyhláška č. 248/2019 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. (2019). In Sbíрка zákonů ČR. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.*

Zapletalová, J., Kovaříková, J., Durmeková, S., Jelínek, J., & Nesládek, M. (2020). *Jednotná pravidla pro poskytování poradenských služeb ve školských poradenských zařízeních – obecná a personální část*. IPs KIPR 2016-2020. NÚV. [vid. 2020-05-25]. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/KIPR/Vystupy\\_z\\_klicovych\\_aktivit/Jednotna\\_pravidla/B\\_Jednotna\\_pravidla\\_pro\\_poskytovani\\_poradenskych\\_sluzeb\\_obecna\\_a\\_personalni\\_cast.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/KIPR/Vystupy_z_klicovych_aktivit/Jednotna_pravidla/B_Jednotna_pravidla_pro_poskytovani_poradenskych_sluzeb_obecna_a_personalni_cast.pdf)

*Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. (2000). In Sbíрка zákonů ČR.*

*Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. (2004). In Sbíрка zákonů ČR.*

*Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). (2004). In Sbíрка zákonů ČR.*

*Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. (2004). In Sbíрка zákonů ČR.*

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006). In Sbíрка zákonů.*

*Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. (2005). In Sbíрка zákonů.*

## **Seznam grafů**

Graf 1: Vzdělání osoby v čele domácnosti v krajích ČR, 2016.....	<b>13</b>
Graf 2: Struktura příjmu v krajích ČR, 2016 .....	<b>14</b>

## Seznam tabulek

Tabulka 1:	Počet klientů evidovaných kurátory pro mládež v roce 2016 v krajích ČR.....	<b>15</b>
Tabulka 2:	Situace řešené OSPOD v krajích v ČR, 2016.....	<b>15</b>
Tabulka 3:	Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v r. 2018 podle krajů – střední hodnoty.....	<b>16</b>
Tabulka 4:	Data z výzkumné studie „Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji“ za rok 2017.....	<b>I</b>
Tabulka 5:	Srovnání ESPAD 2015 v rámci ČR a studie „Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji“ u 16letých studentů.....	<b>22</b>
Tabulka 6:	Regiony podle zapojení škol do SEPA.....	<b>23</b>
Tabulka 7:	Výskyt jednotlivého typu rizikového chování na školách v krajích ČR.....	<b>III</b>
Tabulka 8:	Formy pracovních činností adiktologa v PPP .....	<b>49</b>

## Seznam zkratek

CAGE	Screeningový dotazník na problémové užívání alkoholu
ČR	Česká republika
ELSPAC	Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
EUROSTAT	Statistický úřad Evropské unie
KHS	Krajská hygienická stanice
KIPR	Projekt Kvalita-Inkluze-Poradenství-Rozvoj
KŠKP	Krajský školský koordinátor
ICUDDR	International Consortium of Universities on Drug Demand Reduction
IPPP	Institut pedagogicko-psychologického poradenství
ISSUP	International Society of Substance Use Professionals
IUD	Intravenózní uživatelé drog
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PP	Primární prevence
PPRCH	Primární prevence rizikového chování
PUPO	Problémový uživatelé pervitinu a opiátů
SCAN	Nestátní nezisková organizace typu spolku
SEPA	Systém evidence preventivních aktivit
SOŠ	Střední odborná škola
SOU	Střední odborné učiliště
SPU	Specifické poruchy učení
VHC	Virová hepatitida C
ULK	Ústecký kraj

## Příloha I

Tabulka 4: Data z výzkumné studie „Alkohol, drogy a jiné formy rizikového chování u studentů středních škol v Ústeckém kraji“ (Ústecký kraj, 2019b)

OBLAST	PREVALENCE	CELKEM	SOU	SOŠ	GYMNÁZIUM
Tabák	Celoroční prevalence	63,5 %	71,5 %	65,0 %	48,7 %
	V posledních 30 dnech	34,0 %	45,0 %	35,3 %	16,3 %
	Chlapci	66,3 %			
	Děvčata	60,6 %			
	11–12 cigaret denně	4,0 %			
	20 cigaret denně	3,1 %			
Elektronická cigareta	Celoroční prevalence	58,6 %	64,3 %	62,5 %	41,0 %
	V posledních 30 dnech	25,6 %	35,0 %	26,9 %	10,4 %
	Chlapci	61,7 %			
	Dívky	55,6 %			
Konopné látky	Celoroční prevalence	39,9 %	46,3 %	39,7 %	31,7 %
	V posledních 30 dnech	13,5 %	17,4 %	13,9 %	7,3 %
	Chlapci	46,0 %			
	Dívky	33,1 %			
Extáze	Celoroční prevalence	7,0 %	8,9 %	7,3 %	3,8 %
	V posledních 30 dnech	1,9 %	2,9 %	1,7 %	0,7 %
Pervitin	Celoroční prevalence	1,5 %	3,3 %	0,9 %	0,3 %
	V posledních 30 dnech	0,6 %	1,9 %	0 %	1,0 %
Halucinogeny (LSD, Lysohlávky)	Celoroční prevalence	5,3 %	6,4 %	5,9 %	2,4 %
	V posledních 30 dnech	1,5 %	1,7 %	1,7 %	0,7 %
Těkavé látky	Celoroční prevalence	6,5 %	2,9 %	8,4 %	6,7 %
	V posledních 30 dnech	1,0 %	0,8 %	2,6 %	1,7 %
Opiáty	Celoroční prevalence	0,8 %	1,2 %	0,6 %	0,7 %
	V posledních 30 dnech	0,3 %	0,7 %	0,1 %	0,3 %
Alkohol	Celoroční prevalence	93,5 %	94,3 %	91,9 %	96,5 %
	V posledních 30 dnech	71,4 %	72,8 %	68,2 %	77,0 %
	Za posledních 30 dní užilo 3–5x	14,8 %			
	Za posledních 30 dní užilo 6–9x	11,3 %			
	Za posledních 30 dní užilo 10–19x	9,9 %			
	Opilých	63,2 %	71,9 %	60,1 %	59,0 %
	V posledních 30 dnech	17,5 %	18,4 %	18,6 %	13,3 %
	Destiláty	60,0 %			
	Pivo	39,0 %			
	Destiláty chlapci	57,0 %			
Destiláty dívky	63,0 %				
Alkohol spolu s léky	Celoroční prevalence	14,6 %	11,6 %	15,0 %	17,8 %
	V posledních 30 dnech	4,6 %	2,2 %	5,1 %	7,0 %
Alkohol spolu s konopím	Celoroční prevalence	19,6 %	17,0 %	20,9 %	20,2 %
	V posledních 30 dnech	4,8 %	4,8 %	4,8 %	4,7 %
Alkohol spolu s jinou drogou	Celoroční prevalence	7,4 %	9,8 %	7,5 %	3,9 %
	V posledních 30 dnech	1,3 %	2,3 %	0,8 %	1,3 %
Léky na uklidnění	Celoroční prevalence	21,5 %	18,1 %	24,0 %	20,0 %
	V posledních 30 dnech	6,5 %	7,5 %	7,0 %	3,5 %

<b>Lék na spaní</b>	Celoroční prevalence	48,6 %	40,1 %	52,6 %	50,1 %
	V posledních 30 dnech	25,0 %	22,5 %	28,1 %	20,7 %
	Chlapci	39,7 %			
	Dívky	63,2 %	16,5 %	14,9 %	14,1 %
<b>Hazardní hraní v posledním roce internetu</b>	Jakoukoli hazardní hru	15,2 %			
	Sázky a dostihy	5,9 %			
	Loterie	3,6 %			
	Karty	3,4 %			
	Herní automaty	2,3 %			
	Ruleta	2,0 %			
<b>Mimo internet</b>	Sázky – sporty, dostihy	4,1 %			
	Loterie, losy	4,2 %			
	Karty, kostky	4,0 %			
	Herní automaty	2,8 %			
	Ruleta	1,0 %			
<b>Strávené hodiny na internetu ve všední den</b>	2–3 hodiny	29,7 %	26,6 %	25,8 %	43,0 %
	4–5 hodin	21,5 %	25,0 %	20,9 %	18,7 %
	6 a více hodin	33,1 %	41,2 %	34,7 %	19,0 %
<b>Strávené hodiny na internetu o víkendu</b>	2–3 hodiny	20,6 %	20 %	19,2 %	24,7 %
	4–5 hodin	23,5 %	20,7 %	21,7 %	31,5 %
	6 a více hodin	41,9 %	50,5 %	41,2 %	30,5 %

## Příloha II

Tabulka 7: Výskyt jednotlivého typu rizikového chování na školách v krajích ČR, uvedeno v % (Vacek et al., 2019).

	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Píseňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj	Královhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravskoslezský kraj	Celá ČR
Špatné vztahy mezi žáky	1,86	3,56	2,18	2,04	1,94	3,18	3,16	4,12	3,55	2,08	3,73	2,98	2,74	3,43	3,28
Ostrakizace	0,45	0,52	0,58	0,54	0,39	0,68	0,67	0,66	1,06	0,44	1,66	0,76	0,71	0,66	0,81
Šikana	0,44	0,76	0,46	0,50	0,41	0,75	0,69	1,00	1,01	0,27	1,65	0,58	0,73	1,39	1,02
Kyberšikana	0,25	0,30	0,29	0,22	0,43	0,71	0,44	0,34	0,41	0,20	1,38	0,45	0,34	0,38	0,52
Projevy rasismu a xenofobie	0,13	0,08	0,06	0,18	0,07	0,03	0,15	0,16	0,18	0,03	0,09	0,15	0,11	0,18	0,13
Závažné přestupky školního řádu	0,82	1,69	1,72	2,54	1,91	1,97	1,86	2,11	1,57	1,60	1,37	1,73	1,40	2,23	1,74
Útoky na pracovníky školy	0,30	0,34	0,27	0,04	0,40	0,33	0,79	0,58	0,43	0,24	0,38	0,60	0,33	0,73	0,49
Záškoláctví	0,66	1,31	1,56	0,47	1,18	2,25	2,38	1,34	0,79	0,17	1,18	1,03	1,24	3,10	1,70
Skryté záškoláctví	0,38	0,38	0,74	0,54	0,81	0,92	1,25	1,00	0,71	0,51	0,63	0,69	0,62	1,32	0,86
Rizikové chování ve sportu	0,08	0,09	0,09	0,07	0,06	0,13	0,21	0,18	0,16	0,03	0,08	0,13	0,15	0,12	0,12
Rizikové chování v dopravě	0,04	0,14	0,07	0,00	0,01	0,15	0,12	0,10	0,06	0,00	0,10	0,13	0,21	0,07	0,11
Rizikové sexuální chování	0,11	0,09	0,08	0,07	0,14	0,08	0,22	0,16	0,10	0,07	0,11	0,13	0,14	0,15	0,13
Poruchy příjmu potravy	0,10	0,10	0,12	0,04	0,17	0,07	0,28	0,11	0,09	0,07	0,10	0,08	0,15	0,10	0,12
Sebepoškozování a autoagrese	0,18	0,23	0,26	0,11	0,32	0,15	0,48	0,29	0,20	0,07	0,20	0,21	0,27	0,24	0,25
Kriminální chování	0,07	0,09	0,08	0,00	0,13	0,24	0,29	0,19	0,16	0,07	0,17	0,19	0,19	0,23	0,18
Zanedbávání, zneužívání	0,04	0,15	0,13	0,18	0,08	0,25	0,13	0,13	0,10	0,03	0,11	0,08	0,10	0,17	0,12
Užívání tabáku	2,11	3,16	3,59	0,25	4,06	5,63	5,58	3,28	1,94	0,14	1,76	2,42	2,58	2,05	2,67
Užívání alkoholu	2,52	0,56	1,17	0,00	0,20	1,29	1,45	0,57	0,27	0,07	1,04	3,09	0,66	0,76	0,97
Užívání konopných látek	0,55	0,22	0,34	0,00	0,06	0,49	0,89	0,31	0,18	0,07	0,27	0,46	0,34	0,26	0,33
Užívání dalších návykových látek	0,05	0,03	0,02	0,00	0,01	0,06	0,07	0,06	0,01	0,00	0,02	0,04	0,02	0,04	0,04
Nelátkové závislosti	0,30	0,30	0,13	0,00	0,40	0,39	0,26	0,58	0,28	0,10	0,52	0,45	0,71	0,20	0,37

## Příloha III

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 72/2005 Sb.

Standardní činnosti poraden:

**I. Komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická diagnostika:**

**1.** Zjišťování předpokladů pro školní docházku, skupinová a individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika školní zralosti.

**2.** Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika dětí předškolního věku z důvodů nerovnoměrného vývoje.

**3.** Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika dětí předškolního věku, žáků základních škol a žáků středních škol s problémy v adaptaci a s výchovnými problémy, včetně specifických poruch chování.

**4.** Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků základních škol, žáků středních škol a studentů vyšších odborných škol se vzdělávacími problémy, včetně specifických poruch učení, a žáků neprospívajících.

**5.** Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika jako podklad pro:

**a)** návrhy na podpůrná opatření, včetně jejich členění do stupňů a případných kombinací,

**b)** zařazování a přeřazování žáků se závažnými vývojovými poruchami učení nebo chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona,

**c)** psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku žáků základních škol, žáků středních škol a studentů vyšších odborných škol s osobnostními nebo sociálně-vztahovými problémy,

**d)** psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku nadání a mimořádného nadání žáků,

**e)** doporučení ke vzdělávání žáků se specifickými poruchami učení nebo chování a dalšími speciálními vzdělávacími potřebami.

**6.** Skupinová a individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika jako podklad pro pomoc žákům základních škol a žákům středních škol v případech komplikací při volbě další školy či povolání.

**7.** Diagnostika sociálního klimatu a rizikového chování v třídních kolektivech jako podklad pro tvorbu programů prevence rizikového chování.

**8.** Diagnostika sociálního klimatu třídních kolektivů jako podklad pro tvorbu nápravných programů.

**9.** Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika mimořádného nadání žáků.

**II. Psychologická a speciálně pedagogická intervence:**

**1.** Poradenská intervence u dětí předškolního věku, žáků základních škol, žáků středních škol a studentů vyšších odborných škol, zákonných zástupců a pedagogických pracovníků v životní krizi či nouzi a individuální pomoc těmto jedincům při zpracování krize v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka.

**2.** Včasná poradenská péče a práce s dětmi předškolního věku s nerovnoměrným vývojem, zejména s obtížemi v adaptaci, a jejich dlouhodobé vedení.

**3.** Základní individuální a skupinová reedukace žáků s potřebou podpůrných opatření ve vzdělávání, zejména u žáků se specifickými poruchami učení a chování, jejichž problémy vyžadují odborně mimořádně náročnou speciálně pedagogickou péči.

**4.** Individuální a skupinová práce se žáky základních škol, žáky středních škol a studenty vyšších odborných škol s obtížemi v adaptaci, s osobnostními, sociálně-vztahovými problémy, s rizikovým chováním a potížemi, které negativně ovlivňují jejich vzdělávání.

**5.** Individuální a skupinové kariérové poradenství pro žáky základních a středních škol a studenty vyšších odborných škol.

**6.** Poradenské nebo poradensko-terapeutické vedení rodin s dítětem nebo žákem v případě problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka.

**7.** Poradenské konzultace a poradenské vedení zákonných zástupců dětí předškolního věku a žáků základních a středních škol, kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny.



**8.** Poradenské konzultace a doporučení pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím děti a žáky, kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny (tzv. intervence ve škole pro žáky).

**III.** Informační a metodická činnost a příprava podkladů pro vzdělávací opatření a dokumentace:

**1.** Metodické vedení pedagogů a rodičů při:

- a)** uplatňování podpůrných opatření ve vzdělávání žáka,
- b)** vzdělávání žáků nadaných a mimořádně nadaných,
- c)** rozvoji komunikace, následně při rozvoji školních dovedností a v návaznosti na plnění vzdělávacích programů,
- d)** individuálních programech k rozvoji percepčních oblastí a motoriky s ohledem na individuální potřeby žáka,
- e)** podpůrných rodičovských skupinách.

**2.** Metodická pomoc při tvorbě preventivních programů rizikového chování a participace na preventivních programech školy. Koordinace a metodické vedení práce výchovných poradců, školních metodiků prevence v základních a středních školách a dalších pedagogických pracovníků škol.

**3.** Příprava podkladů:

- a)** pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami zejména pro žáky se specifickými poruchami učení a chování do základních a středních škol,
- b)** pro zařazení žáků uvedených v § 16 odst. 9 školského zákona a zejména žáků se závažnými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.

**4.** Při přípravě zpráv a doporučení v případech, kdy je žák v péči odborného lékaře nebo klinického psychologa, školské poradenské zařízení přihlíží při stanovování podpůrných opatření ve vzdělávání žáka ke klinické diagnóze a léčebným opatřením odborného lékaře nebo klinického psychologa, který tuto péči žákovi poskytuje, pokud tyto podklady zákonný zástupce nebo žák školskému poradenskému zařízení předá.

**5.** Zpracování zpráv a doporučení v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

**6.** Pokud školské poradenské zařízení zjistí podezření na klinickou diagnózu žáka, doporučí mu vyšetření zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb v příslušném oboru.

**7.** Poskytování odborných konzultací pedagogickým pracovníkům:

- a)** v oblasti péče o děti předškolního věku, žáky základních škol, žáky středních škol a studenty vyšších odborných škol, jejichž školní vzdělávání vyžaduje zvláštní pozornost,
- b)** poskytování odborných konzultací pedagogickým pracovníkům základních a středních škol v souvislosti se vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, s vytvářením doporučení ke vzdělávání a naplňováním individuálních vzdělávacích plánů pro tyto žáky.

**8.** Vedení dokumentace, vedení evidence a administrativa související se standardními činnostmi v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

**9.** Vyhodnocování realizovaných preventivních programů škol v regionální působnosti pro potřeby zpracování analýz, statistik a krajských plánů prevence.

**10.** Spolupráce se středisky výchovné péče při poskytování standardních služeb pro žáky se specifickými poruchami chování a s rizikovým chováním, spolupráce s jejich zákonnými zástupci a pedagogickými pracovníky, kteří je vzdělávají.

**11.** Koordinace činnosti poradny a centra při vytváření doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, při poskytování souběžné péče.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>