

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Výskyt vybraného rizikového chování v návaznosti na velikost místa
bydliště**

Diplomová práce

Vedoucí práce

2008

Autor

Mgr. Pavel Vácha

Bc. Markéta Šiková

ABSTRACT

The topic of my thesis was the “Occurrence of Selected Danger Behavior in Relation to a Residential Area”. I carried out my research at elementary schools in the South-Bohemian Region from December 2007 to March 2008.

Currently, one of the severest issues of our society is a danger behavior, which overwhelmingly affects the young generation. It is a type of behavior, the consequence of which is a demonstrable growth of health, social, educational and other risks for both an individual and the society.

The objective of my work was to monitor the occurrence of selected danger behavior by children at elementary schools in the South-Bohemian Region in relation to a residential area.

On the basis of that objective, I determined three hypotheses. The first hypothesis proved to be true, since the research results show danger behavior within addictive substances more visible in towns with up to 10 thousand inhabitants unlike towns over 10 thousand.

The second hypothesis also held true, because the research results evaluate the largest source for danger behavior to be coevals, regardless of a relation to the size of the town.

Finally, the third hypothesis was correct, too, as bullying was researched to be present in towns with over 10 thousand inhabitants unlike towns up to 10 thousand.

Today’s world may be compared to a very hectic and busy time accompanied by a number of issues markedly reflecting in the status of children and the youth. Children are adversely affected by the fact that their families do not pay enough attention to them, which is negatively projected in their lives.

In my point of view, a family should draw more attention to such problems and strive to cooperate with other institutions, especially schools, to a high extent. Schools should try to use all possible and available solution variants such as preventative programs, sessions, lectures, and involve the given topic in their lessons.

The thesis may be used as a concept for principals and pedagogues to a better awareness of the actual issues and of the current condition at elementary schools in the South-Bohemian Region. It may also be applied as a concept to increase the efficiency of the primary prevention at certain schools, for educational needs and possibly for future researches.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Výskyt vybraného rizikového chování v návaznosti na velikost místa bydliště vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat mému vedoucímu práce panu Mgr. Váchovi, za jeho rady a pomoc při zpracování diplomové práce. Také bych ráda poděkovala pedagogům základních škol v Jihočeském kraji za spolupráci a poskytnutí cenných rad.

OBSAH

ÚVOD	9
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Rizikové chování	10
1.1.1 Rizikové faktory	11
1.1.2 Cílová skupina	11
1.2 Škola.	12
1.3 Šikana.	13
1.3.1 Příčiny šikany	15
1.3.2 Iničiátoři šikany	16
1.3.2.1 Druhy iničiátorů šikany	17
1.3.3 Oběti šikany	17
1.3.4 Podezřelé projevy šikany	18
1.3.5 Následky šikany	19
1.3.6 Řešení šikany	19
1.3.7 Prevence šikany	20
1.4 Patologické hráčství	21
1.4.1 Diagnostická kritéria	22
1.4.2 Rizikové skupiny	23
1.4.3 Typologie hráčů	23
1.4.4 Fáze patologického hráčství	24
1.4.5 Léčba patologického hráčství	24
1.4.6 Prevence patologického hráčství	25
1.5 Počítače	26
1.5.1 Závislost na internetu	26
1.5.1.1 Příznaky závislosti na internetu	27
1.5.1.2 Základní rysy internetové komunikace	27
1.5.1.3 Zdravotní poškození vlivem internetu	28
1.5.2 Závislost na počítačových hrách	28

1.5.2.1 Druhy počítačových her	29
1.5.2.2 Příznaky závislosti na počítačových hrách	29
1.5.2.3 Motivace počítačových her	30
1.5.2.4 Počítačové hry a násilí	30
1.5.2.5 Prevence závislosti na počítačových hrách	31
1.6 Závislost na mobilních telefonech	31
1.6.1 Projevy závislosti na mobilních telefonech	32
1.7 Alkohol	33
1.7.1 Syndrom závislosti na alkoholu	34
1.7.2 Fáze závislosti na alkoholu	34
1.7.3 Klasifikace typů závislosti na alkoholu	35
1.7.4 Somatická poškození alkoholem	35
1.7.5 Psychická poškození alkoholem	37
1.7.6 Léčba závislosti na alkoholu	37
1.7.7 Prevence závislosti na alkoholu	38
1.8 Kouření tabákových výrobků	39
1.8.1 Příčiny kouření tabákových výrobků	39
1.8.2 Pasivní kouření tabákových výrobků	41
1.8.3 Účinky kouření tabákových výrobků	42
1.8.4 Diagnostika kouření tabákových výrobků	42
1.8.5 Léčba kouření tabákových výrobků	43
1.8.6 Prevence kouření tabákových výrobků	44
1.9 Drogy	45
1.9.1 Příčiny užívání drog	46
1.9.2 Konopí a jeho produkty	47
1.9.3 Opioidy	48
1.9.4 Psychostimulancia	49
1.9.5 Halucinogeny	50
1.9.6 Inhalační drogy	51
1.9.7 Farmaka	51

1.9.8 <i>Léčba drogové závislosti</i>	52
1.9.9 <i>Prevence drogové závislosti</i>	53
1.10 <i>Drogová scéna Jihočeského kraje</i>	54
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	55
2.1 <i>Cíl práce</i>	55
2.2 <i>Hypotézy</i>	55
3. METODIKA	56
3.1 <i>Popis metodiky</i>	56
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	57
4. VÝSLEDKY	58
5. DISKUSE	94
6. ZÁVĚR	104
7. BIBLIOGRAFIE	106
8. KLÍČOVÁ SLOVA	112
9. PŘÍLOHY	113

ÚVOD

Název mé diplomové práce zní „Výskyt vybraného rizikového chování v návaznosti na velikost místa bydliště“. Toto téma jsem si vybrala zejména proto, protože problematika rizikového chování u dětí získává stále větší pozornost společnosti a stává se stále více diskutovanějším tématem. Důvodem je narůstající počet problematického chování u dětí a mládeže a vznik negativních důsledků tohoto jednání.

Dnešní moderní svět lze charakterizovat jako dosti uspěchaný, s řadou problémů, jež výrazně působí na postavení dětí a mládeže. V životě dětí se velice negativně odráží nedostatek času, kterého se jim nedostává prostřednictvím rodiny. Stále více se stává běžným trendem absence společných činností, zájmů, rodinných setkání a tvoření. Tento nedostatek má následně vliv na citové strádání jedince, které je často kompenzováno intenzivním kontaktem s partou a sklonem k rizikovému chování. Skupina vrstevníků se v životě dítěte může stát významnou sociální oporou, ale též i ohrožením zdravého vývoje jedince. Dítě se snaží mezi členy party prosadit, obstát v řadě náročných situací a úkolů a často se podrobí takovým činnostem, ke kterým by za normálních okolností nikdy neinklinovalo.

Rizikové chování představuje všechny projevy chování, které jsou společností klasifikovány jako nežádoucí, protože porušují sociální i morální normy a práva ostatních. Do této problematiky spadá šikana, záškoláctví, rasismus, xenofobie, vandalismus, kriminalita, delikvence, užívání návykových látek, závislost na politickém a náboženském extremismu, netolismus, patologické hráčství, domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, komerční sexuální zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže a poruchy příjmu potravy. Ve své práci jsem se zaměřila pouze na vybrané rizikové chování, které lze odhalit v období školního věku a jehož výskyt je obecně alarmující.

Cílem diplomové práce je zmapovat situaci výskytu vybraného rizikového chování u dětí na 2. stupni základních škol z hlediska velikosti místa bydliště v Jihočeském kraji.

1. SOUČASNÝ STAV

Dnešní společnost je charakteristická uspěchaným životním tempem a řadou problémů, které se výrazně odrážejí v postavení dětí a mládeže. Na děti v současné době nepříznivě působí fakt, že jim rodina nevěnuje dostatek času, což se negativně promítá do jejího života. Stále více se stává běžným trendem absence společných činností, setkávání a tvoření. Tento nedostatek má následně vliv na citové strádání jedince, jež je často kompenzováno intenzivním kontaktem s vrstevníky a sklonem k rizikovému chování. Parta může být významnou sociální oporou, ale bohužel i ohrožením zdravého vývoje člověka. Dítě se snaží prosadit, obstát a často se podrobí takovým činnostem, které by za normálních okolností nedělalo (17, 34).

Pod pojmem rizikové chování lze rozumět chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu sociálních, výchovných a také zdravotních rizik nejen pro jedince, ale pro celou společnost (37).

1.1 Rizikové chování

Sociálně patologické chování, dnes označováno jako rizikové chování, představuje všechny projevy chování, které jsou společností klasifikovány jako nežádoucí, protože porušují sociální i morální normy a práva ostatních (73).

Hovoří-li se o rizikovém chování dětí, je nutné mít na mysli chování v dnešní době bohužel často tolerované, běžně praktikované, ale z dlouhodobějšího hlediska pro udržení vyváženého prosperujícího sociálního prostředí nevhodné nebo přímo nebezpečné (6, 18).

Rizikové chování, kterým se převážně zabývají lékaři, psychologové, pedagogové a sociologové, představuje chování, které může přímo nebo nepřímo ohrozit prospěch, zdraví, ale i celý další život mladého člověka. Tento způsob chování byl dříve označován jako sociálně patologické jevy (40).

Do této problematiky lze zahrnout šikanu, záškoláctví, rasismus, xenofobii, vandalismus, kriminalitu, delikvenci, užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky, onemocnění HIV/AIDS a další infekční nemoci související s užíváním návykových látek), závislost na politickém a náboženském

extremismu, netolismus, patologické hráčství, domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, komerční sexuální zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže a poruchy příjmu potravy (47).

1.1.1 Rizikové faktory

První oblastí, která se podílí na vzniku tohoto chování, je působení rodinných rizikových faktorů. Do této skupiny lze zařadit významnou ztrátu v rodině, chronicky nemocné rodiče, příliš autoritativní nebo naopak dohled zanedbávající a nadměrně tolerantní rodiče, nedostatečnou komunikaci a dysfunkční rodinu (6, 12, 40).

Druhou oblast tvoří společenské rizikové faktory, kam patří chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, glorifikace rizikového a negativního chování v médiích, legální přístup ke zbraním, nízká úroveň vzdělání a vysoká sociální třída (6, 12, 30, 40).

Poslední skupinu tvoří individuální rizikové faktory, kam spadá problémové chování v dětství, zanedbávání a zneužívání dětí, špatný školní prospěch, malá sebedůvěra a sebeúcta, chronická nemoc a handicap, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, chudoba, sklon k riskování a příslušnost k menšinám (6, 12, 40).

Tyto uvedené faktory samozřejmě působí na děti a mládež, která se s nimi ne vždy dokáže adekvátně vyrovnat. Není možné se potom divit, že často hledají a někdy i ztrácejí smysl života, bouří se proti konzumní společnosti, nebo naopak vzdávají věčný a nesmyslný boj o dokonalost, která se po nich nepřímou všude vyžaduje. Někteří silní jedinci obvykle vydrží tlak společnosti a přizpůsobí se, nebo se o to alespoň snaží, ale mnozí z řady důvodů nevydrží a podlehnou snadnějšímu způsobu života (6, 29).

1.1.2 Cílová skupina

Nejvíce ohroženou skupinou, která má časté tendence inklinovat k rizikovému chování, jsou jedinci emočně nestabilní, kteří ještě nemají vytvořenou pevnou hierarchii hodnot a na základě informací zvnějšku si ji prostřednictvím vlastní interpretace teprve ucelují, jedná se o dospívající (4, 6, 42).

Zlomovým bodem je nástup puberty, který je spojen s přirozenou touhou dítěte

být respektováno a uznáváno ve světě vrstevníků i dospělých, na druhé straně se však v tomto věku teprve začínají rozvíjet oblasti prozíravosti, odpovědnosti a zvažování důsledků. Dospělí nemají čas nebo možnost věnovat se v takovém rozsahu nápadům svých dětí, a tak je odmítají. Následně pak jejich potomci reagují dle svého, negativně ovlivněni vším, co dospělí považují za uznávané hodnoty (14).

V období dospívání se mění emocionální prožívání, což může přispívat ke změnám v oblasti psychiky a v mezilidských vztazích. Citové reakce těchto jedinců se mnohdy jeví jako méně přiměřené situaci. Jsou více introvertní, mění se jejich sebehodnocení, bývají zranitelnější a také vztahovačtější. (6, 29).

Pubescence a adolescence je obdobím radikálních změn v organismu i v osobnosti vyvíjejícího se jedince, kdy riskování a experimentování je do jisté míry přirozené. Většina dětí se dokáže s těmito změnami úspěšně vyrovnat, ale v posledních letech jejich větší část přijímá rizikový způsob života, nezřídka s negativními následky pro další život (40).

1.2 Škola

Dnešní společnost klade na školu velkou řadu požadavků. Škola by měla děti nejen kvalifikovat pro budoucí práci, ale také je vychovávat k občanské angažovanosti, a to ve spolupráci s rodinou. Výsledky výzkumů také ukazují, že dobrá spolupráce rodiny a školy zlepšuje motivaci dětí pro učení a jejich výsledky ve škole. Bohužel není vždy tak snadné skloubit zájmy společnosti, rodiny a školy. Mají-li rodiny jiné hodnotové preference, se školou spolupracovat nechtějí. Škola má přihlížet nejen k postojům rodičů, ale i k individuálním potřebám dětí a zároveň je má vzdělávat ve třídách s přiměřeným počtem žáků. Dospívání dětí je zvláštním obdobím, které dnešní společnost bere vážně do té míry, že mluví o subkultuře dospívání. Nicméně děti se ve škole připravují na dospělost a neměly by být oddělovány od světa dospělých. Škola by měla být jednak chráněným prostředím a jednak otevřenou institucí, kam vnější svět má a může vstupovat (4).

1.3 Šikana

Pojem šikana nebo šikanování mezi dětmi lze vysvětlit jako široký okruh chování dítěte nebo skupiny dětí s cílem ohrožit, zastrašit, ponížit nebo jinak ublížit jinému dítěti nebo skupině dětí. Šikana zahrnuje slovní ponižování, nadávání a neustálé kritizování, výsměch, hrubé žertování, vydírání, omezování svobody, pohrdání, poškozování oděvu, osobních věcí a tělesné napadání (9, 2, 12, 31).

Dále lze tento jev vysvětlit jako chování, kdy jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci (8, 16, 22).

Pro vztah, který je označován jako šikanování, je příznačná naprostá asymetrie sil, kdy mocnější zneužívá slabšího a pošlapává jeho práva (8).

Dle šetření zadaného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR z roku 2002 je na českých školách šikanováno 41% dětí (76).

Na základě výzkumu „Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže“ provedeného Katedrou sociální práce a sociální politiky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v roce 2005 u žáků základních škol a víceletých gymnázií v Jihočeském kraji bylo zjištěno, že zkušenost s šikanou má 41,8% dotazovaných jedinců (60).

„Šikanování je nebezpečně rozbujelou sociální nemocí ve společnosti, jejímž důsledkem je poškozování zdraví jednotlivce, skupin, včetně rodiny a společnosti vůbec.“ (8, strana 4)

Šikanování nabývá často charakteru skupinové trestné činnosti a má některé dětské rysy organizovaného zločinu. Mladí agresori se mohou dopustit následných činů: (28) vydírání, loupež, omezování osobní svobody, ublížení na zdraví, krádež, poškozování cizí věci, útisk, znásilnění, pohlavní zneužívání, kuplířství, nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů a šíření toxikomanie (23, 76).

Dětská agresivita je celosvětový problém a její prevence a řešení se ve vyspělých státech stává předmětem výzkumných prací týmů psychologů a speciálních pedagogů. I v naší zemi tento jev na školách vždy v nějaké podobě existoval. V současné době však již není pouhou záležitostí věkového období puberty a adolescence, ale posunuje se povážlivě i do období mladšího školního věku a přibývá

v něm bezohlednosti a brutality. Zárodečné formy šikanování lze dnes nacházet téměř všude a statistiky ukazují, že každý pátý žák na našich školách se s ním již v nějaké podobě setkal. Tisíce dětí tak denně přicházejí do školy se strachem z ústrků, z posměchu a ponižování, z nadávek či pomluv, z bití, fyzického násilí a z dalších negativních projevů chování (8, 12).

Násilí dnes tedy dosáhlo takových rozměrů, že se mu žák na škole ani nemůže vyhnout. Hlavně na vyšších stupních škol se vytváří party, pro které je samozřejmé provozovat více či méně nesmyslné, avšak brutální zkoušky odvahy. Ani zbraně už nejsou ve školách výjimkou. Kopance, boxerské údery a rvačky patří k životu mnoha žáků stejně jako násilné odebírání drahých částí oděvu a jiných předmětů. Následkem se stává to, že docházka do školy je hotovým utrpením a že někteří nevidí východisko z této situace (10).

Pro mladé lidi je velmi obtížné odolat tlaku vrstevníků. Každý dospívající chlapec nebo dívka touží někam patřit. Ačkoli je tato touha nejpatrnější u dětí vyrůstajících v neúplných rodinách, stejně tak to platí i u dětí s dobrým rodinným zázemím, které, pokud jsou zdravé, potřebují sami sebe definovat jinak než prostřednictvím svých rodičů. Tato potřeba je součástí hledání nezávislé identity a vlastního místa a postavení ve společnosti. Sociální skupina, která vyznává určité hodnoty, konkrétní postoje a formuluje určité, obvykle jednoznačné názory, je pro dospívajícího jakousi náhražkou ještě nerozvinutých vlastních postojů a názorů. S takovou sociální skupinou se dospívající chlapec nebo dívka ztotožní a zvyšuje si tím svou nízkou sebedůvěru a sebevědomí. Problémem je, když postoje a chování v rámci skupiny ohrožují jejího člena na zdraví nebo na psychickém vývoji. Pokud si tuto tendenci dospívající chlapec nebo dívka uvědomí, dostává se do rozporu s charakterem a vůlí celé skupiny a ta ho pod hrozbou vyloučení nutí sdílet jejich názory a formy chování. Snaha tolerovat a prosazovat odlišný názor, který většinou stojí na počátku vzniku každé sociální skupiny, vede tímto způsobem paradoxně k uniformitě a netoleranci k jiným způsobům chování a názorům (9).

Způsob, jakým se kdo brání, je otázkou jeho osobnosti a lidských i politických postojů. Ty se vytvářejí během jeho života a projevují se poprvé patrně v pubertě. Za

rostoucí každodenní násilí se ale nemusejí mladiství cítit vinni, protože pro ně nevytvořili podmínky, pouze na ně reagují. Zato však mají v rukách způsob, jak k němu obezřele, uvážlivě a moudře přistupovat. Aby ochránili sami sebe a i druhé (1, 10).

Nejlepší ochranou člověka je sebedůvěra a sebevědomí. Každá lidská bytost by měla sama sebe považovat za důležitou. Měla by si být vědoma toho, že má právo na sebeurčení, že smí klást odpor a říkat ne. Měla by si dopřát vlastního mínění a také ho prosazovat (5, 10, 76).

1.3.1 Příčiny šikany

Jedním z největších faktorů, který má vliv na vznik šikany, je parta a vrstevníci. Tato skupina slouží pubescentům často jako jediná opora. Vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mají na jedince značný vliv (29, 20).

Pokud nejsou mladému člověku saturované potřeby sounáležitosti a podpory v rodině, bude si tyto potřeby saturovat v komunitě, která mu je nabídne. Potencionální hrozba ztráty kompenzace těchto potřeb pak vede mladého člověka k následování autority komunity, v tomto případě party. Pozitivní emoce, které člen party zažívá uvnitř skupiny, jsou velkou měrou vyváženy negativním postojem k vnějšímu světu dospělých, vztekem a nejistotou vycházející z reálného hierarchického uspořádání ve společnosti. V této přirozené sociální hierarchii má mladý člověk místo na velmi nízké úrovni, což ho uvádí do konfliktu se svými vlastními představami (6).

Dalším významným iniciátorem pro vznik šikany je rodina. Jako taková je zmenšeným modelem společnosti, zprostředkovává člověku nepřeborné množství reakcí, učí, jakým způsobem se chovat k ostatním bez obavy ze sankcí za porušení psaných i nepsaných pravidel. Určuje pravidla a dává mantinely, ve kterých se může více méně libovolně pohybovat. Pokud nejsou tyto mantinely jasně dané, jsou příliš těsné, mění svoje uspořádání či dokonce chybějí, dítě vnímá tuto situaci jako ohrožení sebe sama, svojí jistoty a hledá tyto mantinely mimo rodinu (1, 6).

Bohužel jedním z problémů v souvislosti s rodinou je konzumní život a nedostatek volného času, který by měl být věnován právě dětem. Většina agresorů projevuje známky citové deprivace nebo subdeprivace a pro jejich rodiny je také

charakteristická absence duchovních a mravních hodnot (8). Nesprávná výživa, nedostatek pohybu a přemíra trávení času u televize jsou u nich zdrojem nevyrovnanosti a agresivity. A tak se snaží upoutat pozornost ostatních násilím. Může to být násilí ve slovním projevu, násilí vůči věcem, ale i násilí na zvířatech a lidech (10).

Druhým problémem je přítomnost tělesného násilí, ať už ve vztahu přímo k dítěti, nebo ve vztahu k manželům navzájem, častěji k matkám. Ve výchově těchto dětí převládají tresty, a to zejména tělesné, které najednou přecházejí v týrání. V menšině případů může tedy být iniciátorem šikany i oběť, která si kompenzuje narušené sebevědomí (9, 7).

K násilí mezi dětmi může dojít také proto, že jsou zklamány chováním dospělých. Na veřejnosti a v médiích vidí naprostou bezohlednost, nesvědomitost, jsou svědky toho, jak morálka a slova jsou jen planými řečmi, která slouží pouze k vlastnímu prospěchu (10). A jak je jistě známou skutečností, děti a mladiství napodobují to, co vidí u dospělých (1, 10).

Velmi nenápadným, avšak dosti významným spouštěčem agresivního chování je televize. Děti, které se dívají na násilné scény, se chovají agresivněji. Často věří, že to, co se odehrává před jejich očima, je skutečnost. Situaci ještě zhoršuje, jsou-li ponechány samy sobě a nemohou si o tom, co viděly, promluvit s rodiči. Pak je jen pochopitelné, že to má obrovský vliv na to, jak se naučí svět chápat a rozumět mu (10).

1.3.2 Iniciátoři šikany

Šikanující děti jsou fyzicky zdatné a vyznávají kladný vztah k projevům agrese. Otevřené násilí považují za přirozený prostředek k uspokojení silné potřeby dominovat. Některé mají potíže s kontrolou svých impulsů, které jsou často destruktivní. Častěji než u jiných dětí se u nich vyskytují poruchy spojené s hyperaktivitou a poruchou pozornosti. Z hlediska inteligence se většinou jedná o děti s nižším IQ a také poruchami čtení. Není to však o pravidlem (9, 22, 16).

Tyto děti se starají především o vlastní potěšení, než aby myslely na někoho dalšího. Touží po pozornosti, uznání, moci, postavení a slávě a jsou ochotny využít

druhého k tomu, aby dosáhly svého. Prahnou po pomstě za pocity ublížení, kterými trpí. Nejsou schopny dívat se na situace jako na celek, a tudíž nejsou zodpovědní (9, 28).

Agresoři své jednání popírají, záměrně a promyšleně lžou a pod vlivem sebeklamu překrucují fakta. Častým zvykem je situaci obrátit a z oběti udělat iniciátora (8).

1.3.2.1 Druhy iniciátorů šikany

Prvním typem šikanujícího dítěte je tzv. extrovertní tyran. Hlavní charakteristikou je otevřenost, agresivita, aktivita a výřečnost. Jsou rádi pány situace a zajímají se spíše o věci mimo jejich osobu, než o vlastní myšlenky a pocity. Extrovertní tyrani jsou vzpurní a za svoji vzpurnost bývají obvykle kritizováni. V dospělosti mohou stát na okraji společnosti. Obvykle se projevují tvrdě, hrubě a používají sílu. Uvnitř se však mohou cítit podřízeně, nejistě a mohou mít pochybnosti o sobě samých. Neuznávají pravidla, bouří se a chtějí dosáhnout pocitu nadřazenosti a jistoty (7).

Druhým typem je tzv. introvertní tyran. Nestojí o uznání, nebouří se a podřizuje se společnosti. I on chce být pánem situace, jen volí odlišné cesty. Tento iniciátor šikany získává moc na základě vychytralosti a klamu. Zdánlivě jde s davem, ale protože zoufale touží vyniknout, získat co nejvíce a být nejlepší, používá lež, klam i cokoli jiného, aby dostal, co chce. Je tak dobrý ve své činnosti, že si ani neuvědomíme, jak jsme šikanováni. Někdy jen říká správné věci ve správný čas, někdy lže, ale jen proto, aby druhý slyšel a viděl, co chce (4, 7).

1.3.3 Oběti šikany

Obětí se většinou stává takový jedinec, který je oproti násilníkovi různě znevýhodněn. Může se jednat o nízký tělesný vzrůst, menší fyzickou sílu nebo obratnost (9). Není to ale proto, že by byl špatný, či si to snad zasloužil (31).

Na rozdíl od agresora bývá méně zdatný a v zátěžových situacích propadá panice, výčitkám svědomí a sebekritičnosti (8, 16). Dále se může jednat o rozumovou stránku, například snížený intelekt, mentální retardaci, která se může promítnout do sociálního znevýhodnění v podobě chybějících společenských dovedností nebo

v celkové sociální izolaci. Sociálním znevýhodněním se v prostředí navzájem soutěžících dětí stále více stává nízký socioekonomický status rodiny, který se projevuje hlavně v tom, že se děti nemohou oblékat podle módy, ale podle potřeby. Sociálním znevýhodněním je i jakákoliv odlišnost ve vzhledu nebo v projevu dítěte, v barvě pleti a v etnickém či kulturním původu (9, 12, 16).

Důležitou roli hrají i vlastnosti dítěte, které by ho ve zdravých podmínkách spíše zvýhodňovaly. Typicky je tomu tak v případě nadprůměrné inteligence, kdy přemýšlivé děti dráždí své vrstevníky jasnými názory a postoji (9).

Šikanované děti jsou v kolektivu méně oblíbené než iniciátoři. Ti svoje agresivní činy provádějí obvykle pod rouškou nevinných žertů, kterými se celá třída baví. Oběti často samy sebe považují za méně inteligentní a schopné. Navenek působí nejistě a úzkostně. Pro každého je těžké přiznat, že ho někdo týrá, šikanuje, či nemá rád. Právě to bývá pro oběť nejtěžší. Bojí se možných následků nebo odplaty ze strany pachatele. Čím dál protivník pokročí na cestě násilí, tím obtížněji ho lze zastrašit (10, 9).

Oběti šikany se dají rozdělit do podskupin a typů, důležitých pro prevenci. Rozeznávají se oběti „slabé“, s tělesným a psychickým handicapem, oběti „silné“, a nahodilé, oběti „deviantní“, a nekonformní, a v poslední řadě šikanovaní žáci s životním scénářem oběti (8).

Významná skupina žáků ve státních i nestátních vzdělávacích a výchovných zařízeních je beztretně fyzicky a psychicky týrána. Jejich psychické a tělesné zdraví je dlouhodobě a někdy i nevratně poškozeno. U pokročilých stádií šikan je ohrožen i život obětí. Někdy se agresor pokusí oběť přímo zabít nebo alespoň poškodit její zdraví. Jindy řeší oběť svou situaci nenávratným krokem, tedy sebevraždou (8, 16).

Šikanované děti se nacházejí v krajní nouzi. Zoufale potřebují pomoc svých rodičů. Problémem však je, že si velmi často samy o ni nedokážou říct. Nejsou toho z různých důvodů schopné, a to i tehdy, když jsou rodinné vztahy v naprostém pořádku (8, 64).

1.3.4 Podezřelé projevy šikany

U dítěte je důležité pozorovat a odhalovat případné známky šikany. Jedná se například

o následující jevy: Za dítětem nedochází domů žádný spolužák, zdá se, že nemá přátele. Dítě je posmutnělé až depresivní, nemluví o tom, co se děje ve škole. Trpí poruchami spánku, má hrůzostrašné sny, zvrací. Během školního roku dochází k výraznému zhoršení prospěchu, nesoustředí se a je bez zájmu. Před odchodem do školy nebo po příchodu domů ho pobolívá hlava, břicho a netěší se na druhý den. Často navštěvuje lékaře, zanedbává školní docházku a má neomluvené absence. Jeho obvyklá cesta se mění a časová frekvence je nepravidelná. Domů přichází s potrhaným oblečením, poškozenými školními pomůckami nebo bez nich. Často mu nevychází kapesné, ztrácí ho a požaduje navýšení peněz. Dítě přichází domů hladové, i když dostává svačiny a obědy má zajištěné (28, 9).

1.3.5 Následky šikany

Dítě, které je systematicky zesměšňováno, uráženo, ponižováno, kterému kradou peníze a ničí osobní věci, do kterého kopou, bijí, dítě, s kterým se jeho vrstevníci odmítají bavit, kterého vydírají a pod výhrůzkami ho nutí provádět věci za hranici důstojnosti člověka, žije neustále v podvědomém strachu z ohrožení a dalšího ubližování. Pocity strachu jsou ze začátku vázány na události šikanování, postupně však přechází do pocitu úzkosti a deprese. Dlouhodobé šikanování má za následek nízké sebehodnocení a sebevědomí, na hranici hlubokých pochybností o vlastní hodnotě. Deprese a pocity opuštěnosti mohou nejednou vést k tomu, že si dítě i sáhne na život (9, 16).

1.3.6 Řešení šikany

Hlavním předpokladem pro zvládnutí šikany je si přiznat přítomnost tohoto problému v prostředí, kde se dítě pohybuje. Je možno se o ní dozvědět formou přímého sdělení dítěte, ale to je z důvodu strachu spíše nepravděpodobné. Proto je dobré se spoléhat na aktivní vyhledávání a rozpoznávání přímých a nepřímých známek šikanování jak na straně oběti, tak na straně násilníka. Při každém podezření na šikanování konkrétního dítěte je nutné co nejdříve zjistit co nejvíc informací o zdrojích, způsobech, frekvenci, místě a trvání takového ubližování. Tyto informace nesmí být

získávány pod nátlakem, ale naopak nenásilnou formou. Je velmi žádoucí zaznamenávat i postoje a názory dětí na daný případ i na problém šikany obecně. Práce s jejich postoji je významnou součástí zvládání šikany v dalším sledu. Mnoho informací je možné získat při pozorování samotné třídy, kdy je pozornost věnována vztahům mezi vrstevníky, eventuálním konfliktům, stupni spolupráce nebo rivality, měnícím se náladám a panující celkové atmosféře. Hovoří se tedy o skupinové dynamice (9, 32).

Při usvědčování násilníka by se neměla používat přímá konfrontace se šikanovaným dítětem. V oběti by se pak mohl probudit pocit panické úzkosti, spojené s prožíváním intenzivního strachu z ohrožení. K obětem je nutné přistupovat co nejvíce v klidu a citlivě. Hned při prvním zjištění je dobré dát oběti najevo podporu a odhodlání ji chránit před dalším ubližováním. Je nutné zajistit bezpečnostní opatření, která se liší v závislosti na tom, jak je dítě šikanou ohrožené. V případě závažné šikany spojené s fyzickým napadením nebo hrubým slovním ubližováním je možné nechat dítě doma, než se případ vyřeší. V nutných případech je poskytnuta psychologická a lékařská pomoc. V dalších krocích je péče věnována změnám v myšlení a chování šikanovaného jedince, zvýšení sebedůvěry a sebevědomí, což by mohlo agresivní jednání v budoucnu vyloučit nebo alespoň zmírnit (9, 28).

Z hlediska šikanujícího dítěte existuje několik, často protichůdných postojů, přecházejících od praxe přísných tělesných postihů až k lhostejnému tolerování jakéhokoli násilí mezi dětmi. Je důležité volit vyvážený přístup na odlišení šikany samé a osobnosti šikanujícího. Hlavní roli hraje zaujmutí jasného stanoviska, které dává najevo náš negativní postoj a odmítání šikany. Nesouhlas s agresivním jednáním je dobré projevit otevřeně, nejlépe před celou třídou. Při rozhovoru s dětmi je cílem vyvolání atmosféry soucitu se šikanujícím dítětem. Následně je důležité zasáhnout a zvolit postih pro agresora. Volí se možnosti a způsoby, které vyplývají z pozice dospělého (9, 16).

1.3.7 Prevence šikany

Prevence tohoto rizikového chování je zaměřena především na zařízení, ve kterých se koncentruje velké množství dětí, a na rodinu, kde mladý člověk získává a

přebírá veškeré vzorce chování a utváří si postoje k vnějšímu světu. Již od dětství by mělo být přirozené učit a vést dítě k projevům empatie, lásky, snažit se ho chválit, povzbuzovat a současně v něm probouzet osobnost s vlastním názorem a zdravou silou k obraně proti nepříznivým situacím, ale i lidem. Právě rodiče by měli ve svém dítěti budovat vyrovnanou bytost, jež nebude mít potřebu ubližovat okolí či jí bude okolím ubližováno. Je podstatné klást důraz na harmonické soužití rodiny, na otevřenost a uspokojování citových potřeb. Následně je velká pravděpodobnost, že dítě nebude strádat, nestane se terčem okolní zábavy a nebude mít potřebu vybíjet si zlost na druhých (8, 11, 43, 46).

Z hlediska prevence by měla být věnována velká pozornost škole. Právě tato instituce se nejčastěji stává střediskem šikany. Je zde velké množství dětí, tedy dostatečný výběr možných obětí, dále se zde nachází řada míst, kam kontrola pedagogů vždy nedohlédne a často i pedagog sám poskytne prostor pro zrod šikany. Právě on by měl veřejně vystupovat proti šikaně, měl by neustále zdůrazňovat špatnost tohoto jevu a sám aktivně odhalovat zárodky šikany. Neměl by otevřeně komentovat slabé stránky žáků a vystavovat je posměchu. Naopak by se měl snažit hledat na každém pozitiva a dávat rovnocenný prostor k jejich rozvíjení a projevu vůbec. Školská zařízení by měla spolupracovat se státními i nestátními organizacemi zabývajícími se touto problematikou. Měla by organizovat pravidelné přednášky za pomoci odborníků, organizovat školní i volnočasové aktivity za účelem možného odhalení zárodků šikany a aktivně spolupracovat s rodiči (2, 9, 27).

1.4 Patologické hráčství

Současná doba je charakterizována silným ekonomickým tlakem, pro který hrají významnou roli peníze a společnost je nucena měnit razantně své hodnoty, což vede k řadě změn v životě jedince (34, 53). „Pocit osamocení v problému, nedostatečně vyvinutá osobní odpovědnost za všechna konání nedovoluje mnohým, aby úspěšně zvládli pravidla této společnosti. Hledají pak únik, redukují svou tenzi a nespokojenost náhradními řešeními. Někteří pak vstupují do světa hry, do světa výherních automatů, heren a magické iluze velkého světa štěstí.“ (53, strana 20)

„Patologické hráčství bývá obvykle definováno jako časté opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení.“ (21, strana 20)

Dle mezinárodní klasifikace nemocí se jedná o duševní chorobu, řazenou pod označení návykové a impulzivní poruchy (12).

Patologické hráčství je porucha chování, kdy se potěšení ze hry mění v nezvladatelnou vášně a jedinec preferuje vlastní prožitky spojené se hrou, tedy s výhrou nebo prohrou. Přestává vnímat své okolí, silně ho přitahuje prostředí herny a nastupuje pocit euforie (12, 34).

Pro tuto poruchu je charakteristické trvale se opakující hráčství, které stále pokračuje a vzrůstá i přes nepříznivé sociální důsledky, čímž je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života. Člověk často přichází o zaměstnání, zadlužuje se, porušuje zákon a dopouští se lži za účelem získání finanční hotovosti (49). V průběhu hraní se dostavuje podrážděnost, neklid při pokusu přestat nebo přerušit hraní a zaujetí hráčstvím projevující se znovuprožíváním hry (12).

Základem patologického hráčství je hra. Jedná se o nejpřirozenější činnost a je základní aktivitou lidského života. Ovšem ve chvíli, kdy rozhodnutí člověka přestane záviset na něm samém a stane se neodbytným a neovladatelným nutkáním, zákonitě dochází ke zvratu a zásadní proměně vztahu hra kontra hráč. Následně ztrácí hra své pozitivní atributy, funkce a dochází ke vzniku gamblerství (20).

1.4.1 Diagnostická kritéria

Pro označení hráčství jako patologické formy je nezbytná přítomnost následujících symptomů. Jedná se o progresivitu, tedy trvale se opakující hráčství, kdy dochází k postupnému posunu hodnot a koncentraci na získání dalších financí. Dále se objevuje porucha adaptace, spočívající v nerespektování mezí přijatelných ztrát, impulzivita, zejména při hře s výherními automaty a ambivalence k penězům. Z hlediska získávání peněz spíše převládá nenásilný způsob, tedy forma dluhů, ale často se hráč zaplétá do lží a konstrukcí k zakrytí důvodů půjček (12, 20, 49).

1.4.2 Rizikové skupiny

Z hlediska patologického hráčství lze hovořit o jistých rizikových skupinách, které více inklinují ke zmíněnému typu závislosti. Již pouhé věkové rozdíly mají silný vliv na vznik gamblerství. Dospělý člověk se stane závislým zhruba za jeden až tři roky, u dětí a mladistvích se tato doba výrazně zkracuje na několik týdnů až měsíců. Dále lze konstatovat, že patologické hráčství je převážně mužskou doménou. U žen se příliš nevyskytuje, ale není to pravidlem. Sklon k této poruše mají též jedinci s poruchou aktivity a pozornosti. Zatímco ve škole vydrží věnovat pozornost velmi krátkou dobu, u hracích automatů tráví bez přerušení několik hodin. Rizikovým faktorem jsou i některá povolání, kde se pracuje s finanční hotovostí a kde jsou umístěny hrací automaty. Jedná se hlavně o kuchaře a číšníky, pracující v pohostinských zařízeních. Dalším faktorem je selhání v zaměstnání, ve škole nebo samotná nezaměstnanost, která se ale také může stát důsledkem hazardní hry. Významnou roli též hrají osoby, které v dětství a mládí trpěly psychickou subdeprivací, osoby nacházející se v těžké životní situaci, silně extrovertně zaměřené osoby a vysoce konzumující alkohol. V neposlední řadě je významným činitelem rodina a rodinný systém. Může člověka před vznikem závislosti ochránit, ale také k ní důrazně napomoci. Stejným rizikem se stává společnost, její osvětové působení, morálka, právní normy a kulturní vzorce (20, 49, 54).

„Patologičtí hráči bývají nejčastěji popisováni jako osoby orientované extrovertně, jako osoby energické, s narcistickými, velikášskými rysy, s obtížemi s intimitou, empatií a důvěrou.“ (12, strana 91)

1.4.3 Typologie hráčů

V gamblingu lze diferencovat tři typy hráčů, pro které existují rozdílné charakteristiky. Typ A se vyznačuje snahou zopakovat si hazardní jednání a znovuprožití hráčské zkušenosti se zvyšující se potřebou finančního vkladu. Nezastaví se ani před nezákonnými činy za účelem získání finanční hotovosti na hru. Jedná se o sociálně narušeného jedince. Typ B se snaží o útěk od reality ke hře, chce nahradit svou úzkost, pocity viny a nedostatečnosti ve vztahu ke společnosti. Nedokáže se postavit problému čelem a lže svému okolí. Rád přenechává odpovědnost za své prohry na

druhých a v případě řešení problému se chová neuroticky. Typ C je neschopný kontrolovat hru, reaguje podrážděně v případě ukončení hry a považuje ji za svou potřebu. Nepřipouští si sociální dopad, izolaci a ztrátu společenského statutu (20, 53).

1.4.4 Fáze patologického hráčství

Z pohledu chování gamblerů lze rozlišit jednotlivá stádia této poruchy, často označovaná jako kariéra patologického hráče. První nastupuje fáze výher, která začíná nenápadně. Jedinec hraje příležitostně, je optimistický a pociťuje vzrušení ze hry. Postupně zesiluje touha po velkých výhrách, snaha získat společenskou prestiž a frekvence hraní se zvyšuje (12, 20).

Poté přichází fáze ztrát, kdy se již jedná o patologické hráčství. Hra se dostává na první místo v žebříčku hodnot a silně ovlivňuje člověka. V tomto období se mohou objevovat pokusy o regulaci hraní, zapříčiněné častými finančními ztrátami. Hráč se zadlužuje, odkládá splátky svým věřitelům a dále si půjčuje finance. Tento koloběh stále roste a částky se stávají neúnosnými. Postupně přichází problémy v zaměstnání, rodině a objevuje se neklid, podrážděnost, uzavírání se do sebe sama, zanedbávání zdraví a bezohlednost (12, 20, 49).

Posledním stádiem je zoufalství. Hráč je stále více pohlcován hrou, zvyšuje částky a peníze je schopen získat i za cenu trestného činu. Jeho pověst velice trpí a poškozují i vlastní rodinu. To vede k osamělosti, ztrátě přátel a rodiny, pocitům viny a litování. Následkem je stále častější únik ke hře, opakované prohry, deprese, beznadějí a panika. Řada těchto lidí se psychicky hroutí, upínají se na alkohol či jinou návykovou látku a mohou se objevovat i suicidální tendence (12, 49).

1.4.5 Léčba patologického hráčství

Důležitým okamžikem pro zahájení léčby je doba, kdy postižený sám definuje tuto poruchu a rozhodne se léčit. Ústavní léčba může trvat různě dlouho, je závislá na dalších psychických a fyzických poškozeních a na psychiatrickém zařízení, kde se léčba odehrává. Jedná se o rozmezí od tří týdnů do tří měsíců. Cílem má být úplná abstinence od hraní. V zařízeních, kde se současně léčí závislost na alkoholu a jiných návykových

látkách, jsou gambleři léčeni zvlášť kvůli odlišnému charakteru onemocnění a postupu léčby. V průběhu léčby se hráč seznamuje se svou poruchou a uvědomuje si problémy, které mu hra způsobila. Snaží se za pomoci terapeuta řešit své finanční záležitosti a učí se postupům, jak se vyhnout pokušení znovu hrát. Využívají se techniky jako psychodrama, arteterapie, nácvik sociálních dovedností, změna životního stylu, jóga, komunikační dovednosti a postupy při hledání zaměstnání. Dalším významným krokem je účinná spolupráce rodiny a léčení doprovodných znaků, jako je deprese, mánie, úzkost, sexuální dysfunkce a jiné. Výsledkem je úspěšné navrácení do společenského života a plnohodnotné soužití v zákonnosti (12, 54).

1.4.6 Prevence patologického hráčství

Podstatou prevence je předcházet výskytu patologického hráčství, jeho následkům a současně i jeho recidivám. Je založena na vzájemné spolupráci rodičů, školy, vrstevníků, zdravotníků, úřadů, médií, soukromého sektoru a pedagogicko-psychologických poraden. Prevence by měla být zaměřena na úroveň jedincova myšlení, pocitů, emocí a na úroveň chování (5, 45, 34).

Z obecného hlediska by se měl klást důraz na podporu zdravého způsobu života jedince, snažit se stimulovat jeho zájmy na pozitivní hodnoty a dbát na kvalitní trávení volného času. Škola jako instituce by měla dostatečně věnovat pozornost svým žákům, odhalovat případné problémy a působit jako osvěta. V její kompetenci by se též měly objevit možnosti kvalitních volnočasových aktivit a prázdninových či víkendových pobytů. Jako další možnost prevence by měly být využity sdělovací prostředky a pomoc by měla být poskytována i prostřednictvím státních i nestátních zařízení. A v neposlední řadě klást důraz na využívání peer programů (8, 21, 34).

Nejdůležitější činitel, který má významný vliv na dítě a jeho následné utváření postojů, je rodič. Jeho prioritou by mělo být to, aby byl dítěti dobrým vzorem a snažil se na něj pozitivně působit. Měl by klást důraz na posilování zdravého sebevědomí dítěte, získat si jeho plnou nebo alespoň částečnou důvěru, naučit se mu naslouchat a věnovat mu svůj čas. Po dobu celého vývoje mladého člověka je důležité zaměřit se na předcházení nudě, podporu kvalitních zájmů a zálib. Každý rodič by si měl ve svém

vlastním zájmu opatřit dostatek informací o dané problematice a spolupracovat se školou a dalšími odborníky. Dítě by mělo mít utvořenou silnou vazbu na svou rodinu, mělo by respektovat stanovená pravidla a být schopno nést odpovědnost za své chování, případně přijímat stanovené sankce. Mělo by se naučit od svých rodičů hospodařit s penězi, znát jejich hodnotu a nemělo by inklinovat k činům, jež vyžadují jejich přehnanou pozornost (15, 34, 44).

1.5 Počítače

„Pro dnešní civilizaci je charakteristický hlad po informacích. Ten je uspokojován prostřednictvím nejrůznějších informačních technologií. Vztah k těmto technologiím, ať již přímý či zprostředkovaný, má každý člen společnosti. Tedy jak bezprostřední uživatelé, tak i lidé, kteří žádnou informační technologii přímo neužívají, ale užívají služeb poskytovaných jejich uživateli. Pokrok způsobuje vytváření dalších možností pro užití a rozvoj informačních technologií.“ (30, strana 82) Společnost a její systémy se na nich stávají stále závislejšími a komunikace je upřednostňována právě tímto způsobem. Vytrácí se osobní kontakt, schopnost navazovat přátelství, mezilidské vztahy a lidé se navzájem sobě vzdalují. Případný kolaps tohoto novodobého a stále se rozvíjejícího světa by mohl znamenat zhroucení institucí, služeb a dnes tak preferované a často jediné možnosti komunikace (49, 55).

1.5.1 Závislost na internetu

Internet je v současné době moderní médium, které je nutnou součástí každodenního života a zároveň sklízí obdiv široké veřejnosti. Bohužel skrývá i řadu nebezpečí, jichž si společnost neumí či nechce připustit (63).

V případě, pokud jedinec využívá možnosti internetu, je definován jako jeho uživatel. Buď využívá internet pouze k získávání informací nebo za účelem hobby, tedy k vyplnění svého volného času (49).

„Podstatu netomanie lze spatřovat v tom, že většina lidí nepotřebuje naplnit své ambice a představy v reálném světě. Velmi často stačí virtuální prožitek a někdy i dokonce fantazijní uspokojení.“ (49, strana 91) Hlavním rozdílem je to, že ve virtuálním

světě se nikomu nemůže nic zlého stát a to i v případě, pokud využívá všech svých fantazijních představ. Nabízí tedy bezpečné prostředí, svobodný pohyb a ten je navíc umocněn anonymitou. Tato přednost může mnohokrát znamenat více, než plný reálný prožitek, který poskytuje člověku skutečný svět (21, 61).

Závislost na internetu je problematikou psychického rázu, tedy nevzniká zde závislost fyzická. Pro psychickou závislost je charakteristická ztráta sebeovládání a touha po chování, kdy jedinec prožívá subjektivně příjemné pocity. Na netomani se podílí dvě podstatné oblasti, pro které je společné to, jak uživatel vnímá svou osobu. Lidé, kteří mají tendenci zabývat se sebou samými, mají větší sklon k závislosti na internetu než osoby, které si sebe tolik nehledí. Dalším významným činitelem je i nízké sebehodnocení a pochybnosti o sobě samém. Tomuto člověku dává internet možnost pozitivní odezvy na vlastní jednání a zvyšuje osobní prestiž (49).

1.5.1.1 Příznaky závislosti na internetu

Tato závislost je charakteristická tím, že jedinec tráví u počítače nadměrné množství času, a to bez jakéhokoli cíle. Objevuje se zde nutkavá potřeba neustále prohlížet svou e-mailovou poštu, bez cíle procházet nabídky jednotlivých serverů a objevují se vtíravé myšlenky o internetu ve chvílích, kdy se věnuje jiné činnosti a zvláště pokud se nachází v místnosti s počítačem. V důsledku těchto myšlenek ztrácí zájem o okolní svět, omezuje aktivity, které ho dříve naplňovaly a izoluje se od okolí. Své jednání si mnohokrát uvědomuje a ví, že není správné, a proto se ho snaží před ostatními tajit (61, 63).

1.5.1.2 Základní rysy internetové komunikace

Komunikace jako taková má velký význam pro socializaci jedince. Je nástrojem pro předávání informací, ale také napomáhá identifikaci a orientaci v případném problému. Internetová komunikace má své specifické znaky a od klasické komunikace je trochu více ochuzena o jisté prvky. Jedná se především o absenci neverbálních informací, které člověk běžně vnímá a vkládá do komunikace. Dále je typické snížení objemu sociálních vlivů na komunikujícího. Jedinec si zde všímá více sám sebe než

svého okolí, jak tomu bývá v běžné komunikaci. Díky prostředí, ve kterém se komunikace odehrává, má jedinec pocit bezpečí, intimity a nepochybně i anonymity. A prostřednictvím vyjadřovacích prostředků, jimiž jsou vykřičníky, velká písmena a zkratky poskytuje tento způsob komunikace výraznou specifickou jazyka (49).

1.5.1.3 Zdravotní poškození vlivem internetu

Potíže, které vychází ze závislosti na internetu, lze rozdělit na fyzické a psychické. V oblasti fyzické se jedná o poškození krční páteře a následné vadné držení těla, které negativně působí na krevní oběh. Také může docházet ke zduření šlach a zhoršení zraku při dlouhodobém sezení u monitoru. Vlivem neustálého vyhledávání informací se vyčerpává organismus a to v důsledku toho, že si člověk nepřiznává, jak namáhavá a stresující je tato činnost (49, 65).

Z psychického hlediska se jedná právě o výše zmíněné přetěžování a následné odumírání neuronů, což má značný vliv na zdraví jedince. Zhoršuje se soustředěnost, klesá aktivita a pozornost. Navíc u malých dětí hrozí zhoršení intelektových schopností, způsobené poškozením mozkové kůry vlivem excitačních aminokyselin (49).

1.5.2 Závislost na počítačových hrách

„Počítačové hry lze obecně popsat jako alternativní modely reálného světa, jako simulace jeho pravidel a vztahů.“ (30, strana 101) Hra obecně vytváří prostředí, do kterého může jedinec unikat před svými problémy v reálném životě. Zaujetí a vnoření se do děje může vést ke snížení schopnosti rozlišit realitu od fikce a následně vede ke stírání rozdílů mezi hráčem a hlavním hrdinou. Herní prostředí též osvobozuje od komplexních vazeb, jimiž se reálný svět vyznačuje. Tento fiktivní svět je srozumitelnější a poskytuje hráči normy, pravidla a hodnoty, které jsou pro něj přijatelné a je ochoten je respektovat. Díky hře může uspokojovat potřeby, kterých se mu v reálném světě nemusí dostávat (21, 49).

1.5.2.1 Druhy počítačových her

V současné době je možné se setkat s mnoha typy počítačových her, které se liší podle herního stylu, hardware, způsobu zpracování, námětu, žánru i podle způsobu, jakým je prezentována hlavní postava (49).

Z hlediska stylu lze počítačové hry rozdělit do několika oblastí. Adventure představuje hru, která klade důraz na dobrodružství, přemýšlení a hledání souvislostí. Hráč zde musí řešit logické úkoly a postupuje simulovaným dějem (21).

Akční hry kladou důraz na likvidaci protivníků, jež mohou být lidé, stroje či nadpřirozené bytosti. Hráč zde vystupuje v roli hlavního hrdiny, který musí často projít územím nepřátel a současně ho zneškodnit. V průběhu děje se může setkat se situací, jako je nalezení klíče nebo kódu a zásluhou je postup do dalšího kola (21, 53).

Logické hry směřují k vyřešení jistého komplikovaného úkolu nebo rébusu. Smyslem je zvolit správný způsob, jak něčeho dosáhnout nebo něco sestrojít (49, 53).

Role-playing games si zakládají na hraní rolí. Osoba zde putuje fantastickým světem, bojuje a čelí intrikám, které jsou nekonečné. Hráč zpravidla nachází stále nové možnosti, a tak se hra prakticky nikdy nedá dokončit (49, 73).

Simulátory nabízí hráči možnost vžít se do role pilota stíhačky, vrtulníku, formule, vesmírné lodi, ponorky či tanku. Ale také lze simulovat řadu sportů, prostředí a chování člověka (21, 49).

Dalším typem jsou skokové hry, jejichž principem je pohyb pouze pomocí skoků. Hra je členěna do několika pater, kdy každý postup výše je obtížnější a náročnější na taktiku skoku (53).

Strategické hry vyžadují soustředění, jistou míru inteligence a uvážlivé kroky k dosažení určitého cíle. Témata mohou být mírumilovná, ale také agresivní, převážně se zaměřením na vedení bitvy (21, 49).

1.5.2.2 Příznaky závislosti na počítačových hrách

V souvislosti s počítači je velmi náročné určit a následně rozlišit hranici mezi koníčkem, zvýšeným užíváním a patologií, jelikož zde nevzniká závislost fyzická, ale psychická. Přesto je možné vysledovat určité znaky, které svědčí pro rozvíjející se

závislost (56).

Mezi hlavní příznaky se řadí vzpírání se rodičovským zákonům hraní, stavy podobné transu v případě her, neschopnost dodržovat čas pro tuto činnost, pocit prázdnoty, pokud není člověk u počítače, brzké vstávání nebo naopak ponocování za účelem hraní her, zvyšující se nervozita a neklid bez možnosti hraní, přemýšlení o počítači i po dobu věnování se jiné činnosti, kradení peněz na nákup her, lhaní o své závislosti, narušené vztahy s rodinou, zanedbávání učení, opouštění dřívějších zájmů a přátel a zhoršující se školní výsledky. Postupem doby hráč ztrácí kontrolu nad časem, který stráví nad počítačem. Snaží se uniknout osobním problémům a je nucen se věnovat stále více této činnosti za účelem vlastního uspokojení (56, 57).

1.5.2.3 Motivace hráčů počítačových her

Z hraní počítačových her lze vyvodit jisté přitažlivé oblasti, které sytí subjektivní prožitky těchto osob. Jedná se především o to, že počítač je vnímán jako pozitivní partner, který je kdykoli k dispozici. Nediskriminuje jedince a nabízí mu možnost kompenzace a seberealizace. Každý zúčastněný se může chovat společensky zakázanými způsoby, má možnost překonávat vlastní zábrany a neomezeně experimentovat. Zažívá dobrodružství, napětí, tajemno a současně je mu poskytnuta naprostá anonymita a nezávislost. Otevírá se mu dosud nepoznaný svět a možnost využití vlastní fantazie (21).

1.5.2.4 Počítačové hry a násilí

„Počítačové násilí je považováno za nebezpečnější než televizní násilí, neboť televizní divák je pouze pasivním příjemcem informací, kdežto hráč je aktivní.“ (21, strana 24) Důsledkem toho dochází k nácviku a silnému prožitku násilí. Jelikož se jedná pouze o hru, násilí je spojováno se smíchem a pocitem úspěchu z výhry, založené převážně na zabití či přemožení protivníka. „Hráč může podlehnout pokušení pokusit se o totéž v realitě, případně v náročnější situaci použije pro její zvládnutí vzorec násilného chování, protože není dostatečně vybaven jinými vzorci chování.“ (49, strana 103) Další vliv počítačových her se týká změny chování a jednání člověka, kdy dochází

k nárůstu verbální i fyzické agresivity a změny životního stylu. Hráč mění své postoje, hodnoty, zájmy, objevuje se zakrňlost v sociálním zrání a deformace v komunikaci a sociálním cítění (49, 65).

1.5.2.5 Prevence závislosti na počítačových hrách

Velký význam pro prevenci závislosti na počítačových hrách představuje rodina. Rodiče by si měli všimnout varovných signálů, jako je zhoršení prospěchu a chování, únava, ztráta zájmů a také ubývání přátel. V případě, že jedinec inklinuje k počítači a tím spíše k počítačovým hrám, je dobré mít přehled o tom, jaké hry preferuje. Ne každá hra má pouze negativní dopad. Některé umožňují rozvíjet logiku, postřeh, schopnost orientace, koordinaci očí a rukou, koncentraci, plánování, řešení úloh a problémů. Proto je dosti významný výběr konkrétních her a časový limit, který je hře věnován. Důležitým krokem je následná kontrola a současně přátelský přístup, kdy je podstatné o hře mluvit a tím se snažit odlišovat fikci od reality. Častým úskalím může být únik od jistého problému ke hře, kdy hráč chce vytěsnit tuto skutečnost a snaží se přijít na jiné myšlenky. V tomto případě hraje opět důležitou roli rozhovor, který má směřovat k odhalení skutečnosti. Pokud jedinec tráví hraním více času, je dobré se ho snažit motivovat k jiné činnosti, jež rozvíjí jeho další silné stránky. Během hry je nutné dohlížet na dodržování přestávek a v neposlední řadě se snažit zabránit nudě a posilovat jeho zdravé sebevědomí (21, 56).

1.6 Závislost na mobilních telefonech

Závislost na mobilních telefonech se postupně stává dalším novodobým fenoménem v oblasti závislostí. Mobilní telefon je považován za vynález 20. století a představuje silný pokrok moderního světa technologie (65). „Vztah k mobilu se různí od uživatele k uživateli. Pro někoho je nutností, pro někoho součástí běžné výbavy, pro jiného pomůcka, nebo také zátěž či obtížný předmět.“ (49, strana 128) Co pro člověka znamená možnost být kdykoliv k zastížení, se u každého liší. Může vyvolávat neklid, pocit ohrožení či pocit narušení soukromí. Při zazvonění telefonu se může vyskytnout pocit sevření žaludku, pocit neklidu, zvýšené pocení, bušení srdce, pocit viny a změny v

chování (49).

Závislost na mobilních telefonech postihuje především osoby s problémy v reálných sociálních vztazích a ty, jež trpí nedostatkem potvrzení vlastní hodnoty od okolí. Největší zastoupení v oblasti využívání mobilních telefonů zaujímá mladší generace, která je používá ke čtení knih, zpráv, poslechu hudby, vyhledávání informací na internetu, chatování s přáteli a navazování nových vztahů. Na druhé straně vlivem této moderní technologie dochází k omezení rozvoje přirozené lidské komunikace, kterou nahrazuje současný trend hesel a značek (65, 67).

1.6.1 Projevy závislosti na mobilních telefonech

O závislosti na mobilním telefonu je možné hovořit tehdy, pokud jedinec svůj přístroj kontroluje v krátkých časových intervalech, není schopen ho vypnout ani na noc a má nepříjemné pocity v místnostech, kde je nedosažitelný signál. Jedním z hlavních měřítek v posuzování druhých je vlastněná značka telefonu, na které pak závisí míra náklonnosti k dotyčnému člověku. Nepředstavitelným problémem je den strávený bez telefonu a případná ztráta vyvolává ve zvýšené míře pocity úzkosti a nejistoty (61, 65).

Užívání mobilních telefonů sebou nese jistá rizika jako je například narušení sociálních kontaktů, únik z tíživé situace a přenechávání zodpovědnosti na ostatních. Člověk se spoléhá na pomoc druhého prostřednictvím telefonu, nevěnuje dostatečnou pozornost důležitým věcem, a tak se stává nezodpovědným. Bohužel velký problém představují i rodiče, kteří se snaží svou výchovu dětí řídit na dálku pomocí telefonu a nahrazují jim tak nedostatek volného času (49).

Vymoženost v podobě mobilního telefonu je jistě velice přínosná, ale je nutné si uvědomit, k jakým účelům, v jaké míře a komu je hlavně určena (65, 67).

1.6.2 Prevence závislosti na mobilních telefonech

Prevence tohoto druhu závislosti by měla být směřována především na rodinu. Rodiče by si měli uvědomit, za jakým účelem je mobilní telefon dítěti pořizován. Zda se jedná o nutnost či módní záležitost, nebo zda je možné nákup tohoto přístroje pro dítě posunout na pozdější léta. Mobilní telefon a moderní technologie vůbec člověku

usnadňuje komunikaci, pomáhá mu odstranit možné zábrany, ale také narušuje sociální kontakty a jistým způsobem mu odnímá možnost svobody a úniku před okolním světem. Podstatou by mělo být vštěpování a zdůrazňování potřeby osobního kontaktu, slovního projevu a hlavně práva na svobodu a libovolného uzavření se v případě potřeby před světem. Člověk by se měl naučit vypínat mobilní telefon, neměl by vyžadovat jeho neustálou přítomnost a měl by preferovat především slovní komunikaci (61).

Prioritou by se mělo stát přesvědčení, že mobilní telefon slouží člověku a ne naopak (61, 65).

1.7 Alkohol

Alkohol je jedním z hlavních zdravotních a sociálních problémů v celém společenství. Evropa má nejvyšší podíl alkoholiků na světě, největší spotřebu alkoholu na obyvatele a vysokou úroveň škodlivých účinků souvisejících s alkoholem (2, 36). Tuto problematiku upravuje zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů (35).

Na základě výzkumu „Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže“ provedeného Katedrou sociální práce a sociální politiky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v roce 2005 u žáků základních škol a víceletých gymnázií v Jihočeském kraji bylo zjištěno, že zkušenost s konzumací alkoholu má 82,8% dotazovaných dětí (60).

„Alkohol vzniká biochemickými procesy při kvašení ze sacharidů, tedy z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn či brambor.“ (44, strana 10) Obsah této látky v alkoholických nápojích kolísá zhruba v rozmezí 2-3% přibližně do 40% (20). Patří mezi nejčastěji užívanou psychoaktivní látku, která způsobuje útlum a intoxikaci centrálního nervového systému. Dále nepříznivě ovlivňuje oblast mezilidských vztahů v nejbližším okolí, osobní i rodinný život a také práci a finance části obyvatelstva (3, 12, 51).

„Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití.“ (3, strana 45) Tolerantní normy dospělých mají velký vliv na utváření postojů dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom

velmi brzy přijímají pití jako společensky schvalovanou součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav. Má moc vytvářet příjemné stavy a zábavnou atmosféru, je téměř nutnou podmínkou společenského života. Tolerance této drogy je ale ovlivněna také tím, že plní několik relativně nezávislých funkcí. Je součástí jídla, přispívá k sociální interakci, snižuje úzkost a slouží jako prostředek záměrné toxikace (12, 58).

„Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provází člověka od narození až po smrt.“ (20, strana 17)

Jeho odmítnutí může vzbudit veřejnou pozornost a neadekvátní reakce lidí. V této souvislosti je však nutné si uvědomit, jak velký vliv mají tyto rituály na bezpečí dětí a mládeže. Jaké představy se jim o alkoholu utváří a jak ho následně vnímají. Podstatou není přísné zakazování, ale ani ne bagatelizace a odmítání následků (20). Zmírnění negativních dopadů nadměrného užívání alkoholu bude v nastávajícím století důležitým úkolem nejen pro veřejné zdravotnictví, ale také pro celou společnost (3).

1.7.1 Syndrom závislosti na alkoholu

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti na alkoholu chápán jako skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou je touha přijímat alkohol. Jeho konzumace po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedince, u kterého se závislost nevyskytuje (3, 20).

1.7.2 Fáze závislosti na alkoholu

První stádium závislosti na alkoholu se nazývá iniciální, počáteční. Jedinec se neliší od svého okolí, pije příležitostně a výhradně kvůli psychotropním účinkům alkoholu. V intoxikaci se snaží překonat stresové a neřešitelné situace. Konzumace alkoholu se zvyšuje a tolerance roste (12, 20).

Druhé stádium, prodromální, varovné, se vyznačuje rostoucí tolerancí, která způsobuje vyšší hladinu alkoholu v krvi. Člověk preferuje tajné pití, pití s předstihem a

konzumuje alkohol rychleji než okolí. Je dosti citlivý na verbální i nonverbální komunikaci na téma alkohol. Prohlubuje se jeho pocit viny a zvyšuje se snaha ovládnout účinky alkoholu. Tato fáze je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů (20).

Třetí stádium je krucální, rozhodné. I zde tolerance stále roste a kontrola nad pitím se postupně mění. Alkohol se stává součástí metabolických dějů, dochází k narůstání konfliktů s okolím a jedinec si buduje racionalizační systém. Jedná se o systém zdůvodnění, jímž sobě i svému okolí vysvětluje a omlouvá své pití. Dochází k úpadku zájmů, koníčků, povinností a začínají se objevovat zdravotní potíže (20, 44).

Poslední stádium se jmenuje terminální, konečné. Klasickým znakem je nepříjemný stav po vystřízlivění, kdy nastupují tzv. ranní doušky, které přechází v několikadenní konzumaci. Člověk trpí špatnou náladou, depresi, nastupuje degradace osobnosti a celkový úpadek (12, 20).

1.7.3 Klasifikace typů závislosti na alkoholu

Prvním typem je typ alfa, který alkohol konzumuje, ale je schopen přestat. Nejedná se o závislost v pravém slova smyslu. Může se však vyvinout v závislost typu gama (2).

Typ beta konzumuje alkohol pravidelně ve větším množství, a to i v průběhu dne. I tento typ může přejít na typ delta (2, 20).

Typ gama již nemůže přestat s konzumací alkoholu, objevuje se u něj absence vůle (2).

Typ delta si udržuje pravidelnou hladinu alkoholu v krvi a je zde problematická schopnost abstinence. Denní dávka roste a každodenní opilosti se stávají manifestními (20).

1.7.4 Somatická poškození alkoholem

Ze somatického hlediska patří mezi zdravotní poškození infekční nemoci, jelikož alkohol potlačuje buněčnou a humorální imunitu. Dále alkohol může mít kancerogenní účinky, má tedy vliv na vznik zhoubných nádorů. Nepříznivě působí na

žlázy s vnitřní sekrecí, kdy zasahuje do hormonální regulace organismu, vede ke snížení hodnot testosteronu a může způsobit atrofii varlat a impotenci. Z hlediska výživy a přeměny látek může alkohol vést na jedné straně k proteinoenergetické podvýživě a na druhé straně k obezitě. Způsobuje poruchy metabolismu glycidů, proteinů, lipidů, kyseliny močové a výrazně ovlivňuje tvorbu některých enzymů. Dále se podílí na onemocnění krve a krvetvorných orgánů. Nejzávažnějším poškozením je porucha hemokoagulace, způsobená narušením funkce trombocytů a nedostatkem koagulačních bílkovin. Dochází k těžkému krvácení po zranění nebo k masivnímu krvácení do zažívacího systému zejména po perforaci jícnových varixů nebo i po difuzním krvácení ze sliznice žaludku. Může se objevit sideropenická anémie, makrocytární anémie, izolovaná makrocytóza, trombocytopenie nebo trombocytémie. Dále se jedná o nemoci nervové soustavy. Alkohol poškozuje vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh citlivosti pro bolest, snižuje křečový práh, poškozuje REM spánek a může vyvolávat změny na EEG. U abuzérů alkoholu se objevuje třes víček, rukou a někdy i celého těla. Má vliv na vznik mozkové atrofie a následné demence. Dále způsobuje epileptické záchvaty a alkoholovou polyneuropatii. Z onemocnění oběhové soustavy se jedná o vznik infarktu myokardu, aterosklerózy, systémové arteriální hypertenze a alkoholové kardiomyopatie se srdečním selháním. Alkohol mimo jiné ovlivňuje trávicí soustavu. Může způsobit divertikly jícnu, hiátové hernie, jícnové varixy, zvracení, zvětšení jater, jaterní steatózu, jaterní cirhózu, chronickou alkoholovou hepatitidu a onemocnění slinivky břišní. Výše zmiňovaná onemocnění mají své kožní a svalové projevy, jako je například atrofie podkožní tukové tkáně v obličeji, zarudnutí očních víček, překrvení spojivek, ragády ústních koutků, typické pro facies alcoholica. Dále pavoučkové névy a rozšíření povrchních žil při jaterní cirhóze, svalové bolesti, ochablost, hypotrofie svalů a další (2, 3, 12, 44, 46, 50).

Velmi nebezpečná je konzumace alkoholu během těhotenství, která může způsobit somatické a psychické poškození plodu, označované jako fetální alkoholový syndrom. Dochází k poškození růstu, dysfunkci centrálního nervového systému a vzhledu obličeje (2, 3, 12, 44, 46).

1.7.5 Psychická poškození alkoholem

Po dlouholeté alkoholové závislosti vzniká řada psychických komplikací, mezi které se řadí delirium tremens, projevující se strachem, úzkostmi, zmateností, třesem, ztrátou orientace, zrakovými halucinacemi, zrakovými a tělovými iluzemi a sugestibilitou. Alkoholická halucinace, charakterizována akustickými či verbálními halucinacemi, úzkostí, bludy doprovázenými poruchami vnímání a myšlení. Dále pak alkoholická paranoidní psychóza, která se projevuje bludy, jež obsahově souhlasí s realitou alkoholika, alkoholická deprese vyvolaná nadměrným požitím alkoholu. Úzkostné poruchy rovněž vznikající následkem požití vysokých dávek alkoholu. Korsakovova psychóza s projevy dezorientace, záměny osob, euforické nálady a zmatené konfabulace. Wernickeho encefalopatie, projevující se těžkou poruchou paměti, strnulostí očních svalů, ztrátou orientace, zmateností a netečností. Alkoholická demence vznikající po silných dlouhodobých účincích alkoholu, způsobujících poruchy metabolismu a vyvolávajících řadu změn v organismu. Objevují se změny chování a poruchy vyšších citů. Porucha osobnosti, alkoholická charakteropatie, vzniká v terminálním stadiu alkoholismu a vyznačuje se poruchami sociálních vztahů, neschopností navazovat kontakty, nespolehlivostí, lhavostí, vychloubačností, požívačností, absencemi morálních zábrán a společensky nevhodným chováním (12, 49).

1.7.6 Léčba závislosti na alkoholu

Nejdůležitější roli v terapii závislosti na alkoholu hraje psychoterapie (50). Postupuje se formou buď skupinové nebo individuální psychoterapie, případně kombinací obou typů. Forma, která kombinuje oba typy, se ukazuje jako relativně nejvhodnější (46). Z hlediska terapeutických programů lůžkových oddělení se často používají principy terapeutické komunity, kdy hlavním cílem léčby je získání náhledu a schopnost začít realizovat důležité změny životního stylu a s ním související rozhodnutí pro abstinenci (50).

Dále se jedná o senzitivaci, empiricky podloženou farmakoterapii, spočívající v podávání preparátů zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu.

V případě požití alkoholu po aplikaci senzitivizujícího tarmaky, následuje kolísání TK, tachykardie, bolest hlavy, nauzea, zrudnutí v obličeji, zvracení a obtížné dýchání. Nejčastěji používaným preparátem je Antabus a podle něho bývá tato reakce označována jako „antabusová reakce.“ (50, 52)

Významnou úlohu hraje i terapie cravingu, jejímž cílem je minimalizovat riziko relapsu u závislého jedince (50). Craving představuje silnou touhu nebo puzení užívat látku pro její účinky a lze ho rozdělit do kategorie psychické a fyzické. Z psychického hlediska se jedná o obranu proti nepříjemným prožitkům, které vychází z dřívější pozitivní zkušenosti. A ze somatického hlediska se jedná o navazování na odeznívání účinků látky či se může projevit bezprostředně po jejím účinku. Souvisí tedy s abstinčním stavem (59).

Dále se jedná o podpůrnou farmakoterapii, která doplňuje komplexní léčbu závislosti na alkoholu. Zlepšuje somatický stav a náhled na vlastní odvykací léčbu a abstinenci (50).

1.7.7 Prevence závislosti na alkoholu

Prevence je zaměřena převážně na výchovu ke zdravému životnímu stylu, na vhodné využití volného času, na snahu dítěti porozumět a společně se naučit naslouchat a řešit případné problémy. Jako hlavní a nejdůležitější je považováno předkládání dobrého vzoru rodičů dětem. Rodiče jsou nejdůležitějším článkem pro mladého člověka a měli by mu jít příkladem. Pokud jedinec nemá možnost získat ze svého rodinného prostředí pocit, že konzumace alkoholu je běžnou záležitostí, je menší pravděpodobnost, že k ní bude inklinovat. Rodiče by měli často vštěpovat svým dětem finanční, zdravotní, ale i sociální rizika spojená s alkoholem. Již od útlého věku by v nich měli pěstovat přesvědčení, že nadměrná konzumace alkoholu není pro život a budoucnost dobrá. Jako účinná by měla být zvolena střední cesta. Tedy snažit se nezakazovat, ale současně varovat před možnými riziky. Zajímat se o mimoškolní aktivity, snažit se udržovat přátelský a otevřený vztah a spolupracovat se školou (12, 35, 50).

Školská zařízení by měla do výuky začleňovat preventivní prvky, jež by poukazovaly na negativní dopad alkoholu. Měla by spolupracovat s odborníky a

odhalovat případné známky užívání alkoholu mezi žáky (52, 59).

1.8 Kouření tabákových výrobků

Kouření je považováno za významný a závažný problém v oblasti zdravotnictví nejen u nás, ale i v celém světě. Jeho zdravotní následky jsou mnohoznačné a bohužel mnohdy končí smrtí. Užívání tabáku je nebezpečné v jakékoli formě, způsobu aplikace a neexistuje možnost užití, která by byla méně riziková (3).

Zpracování tabáku spočívá v sušení a následné fermentaci tabákových listů, pak je tabák připraven ke kouření. Jeho kouř tvoří tisíce chemických látek, ale pouze jedna z nich je návyková, jedná se o nikotin. Z chemického hlediska se jedná o rostlinný alkaloid žluté barvy, který je rozpustný ve vodě i lihu a je bez zápachu. Je absorbován sliznicemi a odbourává se po třech až čtyřech dnech v játrech. Jedna cigareta obsahuje v průměru jeden až dva mg a osmdesát mg představuje pro člověka smrtelnou dávku (20, 44, 49, 68). „Kouření cigarety představuje proces suché destilace, během něhož se do trávicího traktu dostává nikotin, dehet a jiné látky.“ (49, strana 26)

Na základě výzkumu „Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže“ provedeného Katedrou sociální práce a sociální politiky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v roce 2005 u žáků základních škol a víceletých gymnázií v Jihočeském kraji bylo zjištěno, že zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 46% respondentů (60).

Podceňování problematiky tabáku, zejména kouření cigaret, a obecná tolerance společnosti vytváří z tabáku společenskou a běžně dostupnou drogu. Právě dostupnost cigaret a neomezená možnost kouření na veřejných prostranstvích vede k rozvoji behaviorálního typu závislostí, kdy kuřák začleňuje tento svůj rituál do běžných denních aktivit (41, 68).

1.8.1 Příčiny kouření tabákových výrobků

„Zrození kuřáka je dlouhodobý proces, který začíná prakticky od narození. V době, kdy se nám zdá, že ještě nic nechápe, vnímá už dítě okolní svět svými smysly velmi intenzivně. Pokud rodiče a posléze i další nejbližší dospělí, kteří přicházejí s dítětem do bezprostředního a častého kontaktu, vydávají vůni silně ovlivněnou

kuřivem, dostává dítě hned po narození signál, že toto je pravá vůně domova.“ (14, strana 28)

Experimentování s kouřením začíná obvykle v dětském věku a v dospívání, nejčastěji v období deseti až patnácti let. Velmi nízké ceny a snadný přístup k tabákovým výrobkům otevírají dětem cestu poznat něco zakázaného a dosud nepoznaného. Tento brzký začátek silně ovlivňuje pozdější zdravotní důsledky, kdy se jedná o vyšší riziko vzniku rakoviny plic u těch jedinců, kteří začali kouřit před dovršením dvaceti let a snižuje pravděpodobnost úspěšné abstinence (3, 13, 69).

Za nejčastější příčinu kouření tabákových výrobků je považována móda, touha po poznání něčeho nového, zakázaného a bouření se proti společnosti a okolnímu světu. U mladých jedinců je hlavním spouštěcím faktorem snaha přizpůsobit se partě, zapadnout mezi vrstevníky, získat si respekt a případně se vyrovnat dospělým. Důvody, z nichž člověk začíná kouřit, se liší dle věkové kategorie. V počátku se člověk snaží napodobit rodiče, přátele či svého partnera a pocituje vůči tomuto jevu averzi. Touha po získání respektu a vyrovnání se druhým je ovšem silnější a jedinec tyto nepříjemné pocity překoná neustálým sociálním posilováním. Postupně dochází ke vzniku návyku. Vlivem trvalého kouření se mění fyziologické procesy kuřáka a tělo vyžaduje soustavný přísun nikotinu (12, 14, 21).

Při soustavném kouření dochází k množení nikotinových receptorů a při první cigaretě se zvyšuje srdeční činnost, krevní tlak, dále se zvyšuje výdej krve ze srdce a zužují se cévy. V souvislosti se stoupající hladinou nikotinu se dostavuje uklidňující účinek a v mozku se uvolňuje hormon endorfin. V tomto případě se tedy jedná o fyzickou závislost, která se vyvíjí po určité době a je individuální. Ovšem není pravidlem, že se musí objevit u každého kuřáka. Tento typ člověka kouří příležitostně, málo a z hlediska frekvence a času se nedá srovnat s klasickým kuřákem. Též existuje skupina kuřáků, kteří se snaží abstinovat, ale zanedlouho se ke své neřesti vrátí. Důvodem je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. V případě poklesu hladiny nikotinu je toto nutkání velmi silné a kuřák se stává nervózním, podrážděným a opět sáhne po cigaretě. S nedostatkem nikotinu přichází nervozita, deprese, podrážděnost, nesoustředěnost a v případě těžké závislosti se může dostavit i fyzická nevolnost (3, 21).

Psychická či psychosociální závislost se liší od fyzické tím, že touto formou závislosti trpí bez rozdílu každý kuřák. Hlavní roli hraje cigareta jako předmět, stává se prostředkem komunikace a její obsah nemá vůbec žádný význam. Psychosociální závislost je spojena s určitými sociálními situacemi, které zapříčiňují touhu po cigaretě. Jedná se například o pití kávy, sledování televize, čekání na autobus, dále večírky, oslavy, ale také stres a nervozita. V tu chvíli člověk automaticky sahá po cigaretě, neboť obecně kouření vyrovnává hladinu nikotinu na optimální úroveň a člověk má pocit, že se cítí lépe (3, 13, 21).

1.8.2 Pasivní kouření tabákových výrobků

Kouření tabáku není pouze výhradní záležitostí kuřáků, ale má též silný vliv i na zdraví okolní společnosti. Mezi okamžité účinky lze zařadit podráždění očí, nosu, hrdla a plic. U citlivějších osob se může objevit bolest hlavy, pocity nevolnosti a závratě. Pasivní kouření též zatěžuje srdce a působí na hospodaření organismu v oblasti přijímání a využívání kyslíku. Dále zvyšuje riziko vzniku nádorového onemocnění a srdečních chorob. V případě astmatiků a alergiků může vyvolat záchvat, proto je jejich pobyt zakouřených místnostech dosti rizikový. Nejzranitelnější skupinou jsou ovšem malé a dosud nenarozené děti, jichž se negativní zdravotní důsledky dotýkají nejvíce. Jelikož se děti kuřáček pomaleji vyvíjejí, mají po porodu menší hmotnost, tělesnou délku, obvod hlavičky a hrudníku. Novorozenci mají méně rozvinuté plíce a ty nedokáží zajistit dostatečné okysličování krve a tkání, následkem je přetrvávání hlavních příčin zpomalení tělesného vývoje i po narození. Dalším problémem je častější výskyt respiračních onemocnění, alergií a syndromu náhlého úmrtí. V předškolním a školním věku jsou u těchto dětí též častěji diagnostikovány i poruchy chování. Vlivem oslabení imunitního systému jsou děti více nemocné, vyskytují se u nich ve vyšší míře některé typy leukemie, u astmatiků se může v zakouřeném prostředí objevit akutní záchvat dušnosti, u kardiaků akutní srdeční infarkt. V případě dlouholetého vdechování kontaminovaného vzduchu kouřem může dojít až k rozvoji chronického zánětu průdušek i rakoviny plic (3, 13, 68).

1.8.3 Účinky kouření tabákových výrobků

„Nejzávažnějším problémem se jeví fakt, že u kuřáků dochází k vyšší konzumaci alkoholu a ostatních drog i ke zhoršení výživových zvyklostí. Příkladem může být snížená spotřeba vitamínu C u kuřáka, kdy právě tento vitamín je jedním z řady ochranných antioxidačních látek v organismu.“ (68, strana 10) Kouření jako takové má velmi závažné zdravotní důsledky, které si řada kuřáku nechce připustit a následně je řešit (13).

„U pravidelných kuřáků potlačuje nikotin pocit únavy, navozuje příjemné uvolnění a zlepšuje soustředění. Ale pokud účinky nikotinu odezní, nastupuje nervozita a psychický neklid.“ (44, strana 9)

Prudká otrava nikotinem se projevuje bledostí a pocením, pocitem nevolnosti, závratěmi, skleslostí, bolestí hlavy a průjmem. Naopak chronická otrava, jinak nazývaná jako nikotinismus, se projevuje nespavostí, poklesem pozornosti, změnou nálad, nechutenstvím, střídáním průjmu a zácpy, zvracením, poruchami tepové frekvence, pocitem sevřenosti, zvýšenou produkcí moči, u mužů sníženou schopností potence až impotencí, u žen poruchami menstruačního cyklu, poruchou čichu a chuti, arteriosklerotickými změnami, záněty, žaludečními vředy a kolikami. Dále může dojít ke vzniku nádorů postihujících nejčastěji dýchací a trávicí ústrojí (49).

1.8.4 Diagnostika kouření tabákových výrobků

Stanovení diagnózy kuřáctví je především založeno na metodách dotazníku a individuálním rozhovoru. Jednou z metod je „Fagerstromův dotazník závislosti na nikotinu“, který určuje stupeň závislosti na nikotinu jako na droze a vystihuje i její hlavní projevy. Převážná část dotazníku je hodnocena skórem, pomocí kterého lze určit úroveň závislosti. Pro diagnostickou orientaci v kurzech odvykání kouření se využívá „Dotazníku kuřáckých návyků“, jenž se zaměřuje na zjištění hlavních tendencí ve spotřebě tabákových produktů, detekci začátku kouření, dynamiku, roli pasivního kuřáctví a zaznamenává předchozí pokusy o odvykání. Další metodou je „Dotazník na míru odolnosti vůči nutkání kouřit v různých životních situacích“. Zaměřuje se na určité situace, ve kterých člověk nejčastěji podléhá kouření a na hodnocení osobního postoje

každého člověka k těmto situacím a zároveň na úroveň rezistence v každé z nich (3).

1.8.5 Léčba kouření tabákových výrobků

„Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně, totiž naučit se nekouřit, stejně jako se před časem naučil kouřit.“ (50, strana 206)

Možnosti odvykání kouření jsou buď individuální či hromadné. Obecně se doporučuje spíše druhá varianta, která přináší řadu výhod. Z časového hlediska je efektivnější, zvyšuje odhodlání člověka, vytváří možnost vzájemného srovnávání a soutěživost. Nabízí možnost předávání zkušeností, informací a podporu ve skupině (3).

V případě odvykání kouření se obecně vychází z postupů kognitivně-behaviorální terapie, kdy je důležité dbát na dodržování následných kroků a je třeba vycházet z diagnostických metod a rozhovoru. Již v úvodu je nutné zjistit, proč se klient rozhodl přestat kouřit a jaké rozhodující důvody ho k tomu vedly. Též se zjišťuje počet dřívějších pokusů o abstinenci a příčin neúspěchu. Jako první krok se označí den, kdy se zanechá kouření. Tento den se stanovuje předem a do té doby se klient připravuje na blížící se abstinenci a dodržování pravidel. Je dokonce možné sepsat s klientem smlouvu a informovat jeho nejbližší okolí, které mu bude v případě nouze nápomocno. Dále je podstatné si uvědomit, jaké stereotypy hrají v životě kuřáka roli a jsou spojené s kouřením. Proto by se jich měl snažit vyvarovat a naopak zařadit do svého života aktivity, které nejsou slučitelné s kouřením. Například místo pití kávy s cigaretou si jít zacvičit či se projít. Pokud přijde chuť na cigaretu, je možné aplikovat náhradní manévr, tedy pomocí rychlých nádechů a výdechů proventilovat plíce a snažit se vydržet v maximálním nádechu. Též se doporučuje konzumace žvýkaček nebo kousků nakrájeného ovoce či zeleniny a dodržování pitného režimu. Řada klientů se ke kouření vrací pro důvodné obavy z přibývajícím hmotnosti, i proto hraje podstatnou roli zvýšená konzumace ovoce a zeleniny. Pokud přijde neúspěch a člověk se ke kouření vrátí, je nesmírně důležitá podpora a přesvědčení, že jedno selhání neznamená celkovou prohru a je možné opět začít znovu (3, 21, 39).

V případě zjištění klientovy závislosti je možné kognitivně-behaviorální terapii doplnit o metody náhrady nikotinu formou žvýkaček, náplastí nebo inhalátorů. Všechny tyto zmíněné varianty jsou dostupné v lékárnách a zdravotní pojišťovny je nehradí. Pokud je dodržován správný postup a způsob aplikace, přináší všechny tyto formy stejný výsledek. Je důležité ovšem zmínit, že se nejedná o léky proti kouření, ale proti abstinenčním příznakům. Nikotinové žvýkačky se používají v průměru devětkrát denně a toto množství se postupně snižuje. Je nutné dodržovat pomalejší žvýkání, neboť se jinak mohou dostavit vedlejší účinky nikotinového předávkování. Během žvýkání se nesmí pít a pochopitelně ani kouřit. Hrozí zde riziko intoxikace. V případě užívání nikotinových náplastí se rovněž klient musí řídit pokyny výrobce. Náplast se aplikuje na neochlupenou část těla a po stanovené době se umísťuje jinam. Doporučují se místa jako rameno, hýždě, hrudník nebo předloktí. Dostí účinným lékem závislosti na nikotinu je Zyban, který je k dispozici pouze na lékařský předpis. Doporučuje se užívat společně s náhradní terapií nikotinu, tedy žvýkačkami, náplastmi či inhalátory a jeho úspěšnost je vysoká. Pochopitelně veškeré možnosti léčby musejí být podpořeny vlastní touhou a snahou přestat. Pokud člověk není vnitřně přesvědčen a odhodlán abstinovat, pak žádná forma pomoci není účinná (3, 50).

1.8.6 Prevence kouření tabákových výrobků

Dnešní společnost se k problematice kouření staví stále ještě shovívavě, čímž přispívá k negativnímu působení na zdraví člověka a zvláště na dětskou populaci. Právě děti by měly být před tímto negativním jevem chráněny a měly by dostávat správné a pravdivé informace už od chvíle, kdy jim mohou rozumět. Prevence je nejefektivnější formou působení a předcházení vzniku závažných zdravotních a psychosociálních problémů jedince. Je obecně známo, že odvykání kouření je obzvláště náročné. Nejlepším způsobem, jak zabránit tomu, aby se k odvykání nemuselo přistupovat, je nezačínat kouřit vůbec. Pokud má být prevence účinná, musí začít co nejdříve, tedy v předškolním a mladším školním věku. Dále by měla být prevence zaměřena tak, aby byla přiměřená věku a psychické i fyzické stránce osobnosti dítěte. Při představě dětí o tom, jak by měl vypadat ideál matky, otce či ženy a muže, hrají důležitou roli právě

rodiče a přátelé, proto je podstatné snažit se v první řadě ovlivňovat chování rodičů. „Toto sociální ovlivňování je zaměřeno v první řadě na děti z rodin, kde se kouří. Je však nutné zvolit nenásilnou formu, nikoli odsouzení kuřáků, ale pomoci v obtížné situaci. Pochopení, že nejde jen o prevenci kouření, ale i o tvorbu zdravého životního stylu. Jde o to, aby se děti a mladí lidé naučili získat v co nejranějším věku dovednosti, které by jim umožňovaly zvládat zátěžové situace, pomoci mladým lidem zvýšit a potvrdit jejich sebehodnocení a posílit jejich přesvědčení, že jsou schopni zátěžové situace zvládnout.“ (13, strana 5)

Podstatné je seznamovat děti s negativními vlivy kouření, tedy ovlivňovat a působit na představy mladých lidí o kouření. Poskytovat adekvátní formou důležité informace o zdravotních důsledcích kouření, o ekonomických aspektech a reklamních tricích tabákových výrobců a prodejců. Snažit se pozitivně formovat postoje a přesvědčení, ale i ovlivňovat chování v každodenních činnostech směrem ke zdravému způsobu života (13, 14, 39).

1.9 Drogy

Za drogu je možné považovat jakoukoli látku, která může vyvolat psychotropní účinky. Ovlivňuje prožívání člověka, jeho psychiku a způsobuje závislost (12). Užívání drog provází lidstvo již řadu let. Tyto látky byly využívány v lékařství a léčitelství, ale nechyběly ani při různých náboženských a společenských obřadech. Bohužel dnes není novinkou ani užívání těchto látek v dětském a dospívajícím věku (47, 50). „Složitost moderní společnosti a poměrně snadná dostupnost různých drog vede k jejich stále častějšímu užívání u mladé generace a také k tomu, že se drogová závislost dětí a mládeže dostává do většího zájmu odborné medicínské i laické veřejnosti.“ (71, strana 5) Z právního hlediska se touto problematikou převážně zabývá zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů (26, 50).

Dle analýzy „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České Republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu“ vypracované Národním monitorovacím střediskem z roku 2002 vyplynulo, že užívání drog se soustřeďuje převážně do velkých měst, jež umožňují výraznou anonymitu a

nižší míru sociální kontroly. Z hlediska užívání drog byla zjištěna uspokojivá situace v kraji Jihomoravském, Zlínském a Vysočině. Relativně přijatelnou situaci vykázaly kraje Středočeský, Jihočeský, Královéhradecký, Pardubický, Moravskoslezský, Plzeňský a Olomoucký. Za nepříznivé byly označeny Ústecký kraj a hlavní město Praha (62).

1.9.1 Příčiny užívání drog

Za rizikovou skupinu v oblasti užívání drog lze považovat každého jedince v období pubescence a adolescence. Tento jedinec prochází ve svém životě výraznými změnami, které ho mohou přivést na mnohá rozcestí a záleží pouze na jeho osobnosti a okolí, jak mu pomohou se s tím vypořádat a zorientovat se. V tomto věkovém období dítě usiluje o nezávislost nad rodiči, okolím, ale i celým společenským systémem. Objevuje se u něj potřeba získat nadvládu nejen nad vnějším světem, ale hlavně nad sebou samým. A bohužel návykové látky těmito schopnostmi disponují. O aplikaci drogy si rozhoduje především on sám a tím si utvrzuje moc nad svým životem (50).

Důvody experimentování s drogami jsou mnohočetné a u každého jedince hrají odlišnou roli. Pro některého mohou tyto látky představovat symbol zralosti a dospělosti, pro jiného pocit nezávislosti nad okolní společností. Droga může také představovat klíč ke vstupu do party, získání autority a respektu. Může pomoci v boji se stresem, být nástrojem úniku z nepříjemné situace nebo symbolem protestu (47, 71).

Dalšími důležitými činiteli, jež zvyšují riziko závislosti u dětí a dospívajících, jsou duševní poruchy, poruchy chování, úrazy hlavy, poškození mozku při porodu a chronická bolestivá onemocnění. Dále nízké sebevědomí, problémy v mezilidských vztazích, neschopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, sklon k násilí a agresivitě, nižší inteligence a snížené sebeovládání (72).

Nelze s jistotou říci, zda se užívání drog spíše soustřeďuje do vyšších či nižších sociálních vrstev. Hlavní roli hraje vhodné a dostatečné využití volného času a harmonická rodinná výchova. Pokud dítě vyrůstá v prostředí důvěry, otevřenosti a podpory, je riziko drog významně nižší (25, 71).

1.9.2 Konopí a jeho produkty

Tyto látky lze získat z rostliny jménem *Cannabis sativa*, která obsahuje značné množství kanabinoidů v květech a horních listech keřů. Hlavní složkou je tetrahydrokanabinol (THC). Konopí je v dnešní době velice rozšířené, hlavně u školní mládeže, a jeho produkty jsou hašiš a marihuana (50).

Studie *Health Behaviour in school-aged Children* v roce 2006 poukázala na pokles užívání konopných látek mezi žáky 9.tříd základních škol oproti důvodové zprávě Národní strategie protidrogové politiky na období let 2001-2004 (66).

Dle analýzy „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České Republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu“ vypracované Národním monitorovacím střediskem z roku 2002 vyplynulo, že více jak 50% studentů z Prahy a 38% studentů z Jihočeského kraje má zkušenost s užíváním konopných látek (62).

Marihuana vzniká usušením a následným rozdrobením listů, stonků a květů rostliny. Jako hlavní způsob užití je preferováno kouření, ale lze ji přidávat do nápojů, cukrovinek i pečiva. Hašiš pochází z pryskyřice kvetoucích rostlin a jeho koncentrace THC je vyšší než u marihuany. Opět je zde upřednostňováno kouření, ale je ho možno konzumovat společně s jídlem či nápoji (72).

Tyto preparáty mohou vyvolat psychickou závislost a často se kombinují s jinými psychoaktivními látkami či alkoholem. Mezi hlavní účinky lze zařadit pocity relaxace, pohody, rozjařenost, euforii a tendenci ke smíchu. Dále se může objevit pozmeněné vnímání času, zostření barev, chuti a hudby. U hašiše jsou projevy popisované spíše jako zamyšlený stav, pocity naprostého uvolnění, uklidnění, příjemné snění a málomluvnost. Intenzita těchto účinků je individuální a závisí na typu člověka a okolním prostředí (21, 49).

Při pravidelném užívání může dojít k rozvoji paranoidního stavu a u predisponovaných osob ke vzniku depresivních stavů, stavů úzkosti, napětí až paniky. V těchto situacích hrozí riziko sebepoškození či naopak agrese vůči okolí. V oblasti kognitivních funkcí se mohou objevit poruchy krátkodobé paměti a schopnosti soustředění (44).

Z hlediska pomoci či odborné péče je upřednostňována především poradenská intervence, po které může následovat krátkodobá psychoterapie, zaměřující se na důvody vzniku experimentování s drogami. Ústavní léčba se v tomto případě nedoporučuje, ovšem při rozvoji psychických komplikací se přistupuje na psychiatrickou léčbu (50).

1.9.3 Opioidy

Opioidy jsou přírodní či polosyntetické deriváty opia, představující nejtvrďší drogy. Tyto látky se v medicíně používaly od pradávna na tlumení bolesti a tišení kašle. Dále způsobují euforii, zklidnění až ospalost, potlačují psychickou a emocionální složku bolesti, snižují tělesnou teplotu, rozšiřují cévy, zpomalují srdeční činnost, dechovou frekvenci, snižují produkci a retenci moče a vedou ke vzniku zácpy. Mají vysoký potenciál pro vznik somatické závislosti, vznikající již po několika týdnech, maximálně měsících. Do této skupiny lze zařadit opium, morfin, kodein, braun, heroin a metadon (72).

Opium je šťáva získaná z naříznutých makovic, která na vzduchu houstne, schne a vzniká surový produkt. Nejčastěji se kouří nebo polyká a navozuje ztrátu pocitu tělesné i duševní bolesti a změnu vědomí (49).

Morfin je získáván ze surového opia, ale v dnešní době se vyrábí spíše synteticky. Aplikuje se podkožně, nitrosvalově, ale i nitrožilně. Tiší bolest, přispívá k pocitu klidu a uvolnění, tlumí dechové centrum, snižuje vnitřní napětí a vnímání bolesti. Při jeho užití se zpomalují myšlenkové procesy a nastává tělesný i duševní útlum (72).

Kodein se většinou získává z morfinu a pro své sedativní účinky je používán především na tlumení kašle (21).

Braun se vyrábí převážně v domácích laboratořích a nastupuje na scénu v případě výpadku heroinového trhu. Jedná se o směs derivátů kodeinu a aplikuje se nitrožilně (50).

Heroin byl původně používán jako lék pro závislost na morfinu. Avšak při zjištění mnohem vážnějšího návyku byla jeho výroba zastavena. Chemicky se jedná o

diacetylmorfín, patříící mezi polosyntetické deriváty morfinu. Aplikuje se nitrožilně, šňupáním, kouřením nebo inhalací pomocí aluminiové folie. Je znám jako droga s vysokou návykovostí a účinností. Závislost na heroinu poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci jedince (49).

Metadon je vyráběn synteticky, podává se ústy a využívá se jako substituční léčba závislosti na opioidech. Léčba metadonem nebo též buprenorfinem, který je v České republice dosti využíván, je spojována i s dalšími formami pomoci, jako je psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie a nácvik sociálních dovedností (50).

1.9.4 Psychostimulancia

Jedná se o psychotropní látky, vyvolávající psychickou závislost s nefyziologickým budivým účinkem na centrální nervový systém. Do této skupiny patří pervitin, crack, kokain a extáze. Psychostimulancia zvyšují bdělost a psychomotorické tempo, zrychlují myšlení, způsobují jeho inkoherenci a urychlují výbavnost paměti. Zkracují spánek, snižují únavu, chuť k jídlu, což vede k extrémnímu hubnutí, a způsobují euforii. Po jejich užití má člověk pocit nadměrné síly, má tendence se přeceňovat a zvyšuje se jeho agresivita. Zároveň však vyvolávají úzkost, strach, trému, obavy a pocit vnitřního napětí. Dále mají vliv na vzestup krevního tlaku, tepové frekvence, snižují svalové napětí a především zatěžují kardiovaskulární systém. Pravidelné užívání může vést k rozvoji toxické psychózy, projevující se zrakovými, sluchovými nebo taktilními halucinacemi, postižením nálady a paranoidními domněnkami (50).

Pervitin, genericky metamfetamin, se vyrábí z efedrinu, tedy látky s psychostimulačním účinkem. Aplikuje se ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Léčba závislosti na pervitinu zahrnuje poradenství, ambulantní, ústavní, ale i rezidenční léčbu léčbu v terapeutických komunitách (49).

Dle analýzy „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České Republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu“ vypracované Národním monitorovacím střediskem z roku 2002 vyplynulo, že pervitin užívá 1% studentů na Vysočině a 6% studentů Ústeckého kraje (62).

Crack je přírodní stimulační droga, přeměněná tepelnou úpravou s přidáním éteru a jedlé sody. Cenově se pohybuje v nižších relacích než pervitin a je znám svou vysokou návykovostí a účinností. Obvykle se kouří, ale může být i inhalován (21).

Kokain je přirozený alkaloid z listů rostliny *Erythroxilon koka*. Užívá se žvýkáním, šňupáním i nitrožilně. Šňupání může vést k poškození nosní přepážky, postupně k jejímu proděravění a ztrátě čichu. V případě léčby se doporučuje užívat antidepresiva, neuroleptika, případně nootropika a vitamíny (49).

Extáze je z chemického hlediska derivátem amfetaminu a bývá označována jako taneční droga. Po jejím užití dochází k pocitu tělesného tepla, štěstí, blaha, prohlubuje se vzájemné porozumění, empatie, solidarita a radost. Užívá se ústy ve formě tablet nebo kapslí (72).

Dle studie *Health Behaviour in school-aged Children* v roce 2006 byl zjištěn mezi žáky 9.tříd základních škol pokles užívání extáze o proti důvodové zprávě Národní strategie protidrogové politiky na období let 2001-2004 (66).

1.9.5 Halucinogeny

Tyto látky jsou přírodního či syntetického původu a mají psychoaktivní účinek. Jejich zneužívání může vést k rozvoji psychické závislosti. Halucinogeny vyvolávají snění, poruchy vnímání, působí na myšlení, pud sebezáchovy, mění stav vědomí a mohou způsobit zmatenost, bludy a halucinace. Lze sem zařadit LSD, meskalin a psilocybin (21, 49).

LSD, neboli diethylamid kyseliny lisergové, se vyrábí synteticky v krystalické formě. Vyvolává změny nálady, myšlení, různé snové obrazce, ale i závratě, pocity těžkých končetin, dojmy gumové podlahy a deperzonalizaci. Užívá se především perorálně ve formě tripů nebo krystalů, které se postupně rozpouští v ústech (50).

Meskalin je látka přírodního původu, získávána z mexického kaktusu v jihozápadní části USA. Přidává se do nápojů jako tekutina nebo se může užívat ve formě tablet. Z hlediska účinku je velmi podobný LSD, pouze má větší vliv na vegetativní systém a je více toxický (44, 49).

Psilocybin je látka obsažená v houbách rodu *Lysohlávek*, vyskytujících se běžně na

území ČR. Užívá se perorálně obvykle v sušené formě. Chemicky je tato látka velmi podobná LSD a přináší značná rizika, související s odhadem množství konzumace. Velmi snadno může dojít k předávkování, ale ve srovnání s jinými halucinogeny je psilocybin méně toxický (72).

V případě užívání halucinogenů je v oblasti pomoci poměrně dostačující poradenství a krátkodobá psychoterapie, ústavní léčba není nutná (50).

1.9.6 Inhalační drogy

Jedná se o chemické látky, mezi které se řadí některá rozpustidla, ředidla, lepidla, ale i plynné látky. Příkladem může být rajský plyn či éter. Tyto drogy vyvolávají psychickou závislost. Mezi účinky patří pocit euforie, poruchy vnímání s živými halucinacemi, může dojít k útlumu, ke spánku a poruchám vědomí. Po dlouhodobém užívání se dostaví celkové otupění, poruchy chování a emotivity, ztráta zájmů a výkonnosti. Dále se jedná o poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest a případnou aspirační pneumonii. Cílovou skupinu zde tvoří převážně děti ve věku třinácti let, což je ovlivněno snadnou dostupností inhalovaných látek. Jako způsob aplikace je preferováno čichání výparů z igelitových sáčků. Bohužel toto užívání nedává možnost odměřit přesnou dávku, čímž se zvyšuje riziko předávkování (50, 72).

Problematika inhalačních drog je často podceňována a není jí věnována dostatečná pozornost. V případě včasného záchytu experimentování s těkavými látkami je důležité informovat rodinu a spolupracovat s ní, se školou a zaměřit se na psychoterapii kognitivně behaviorálního charakteru (49).

Dle studie Health Behaviour in school-aged Children v roce 2006 byl zjištěn mezi žáky 9.tříd základních škol nárůst užívání těkavých látek oproti důvodové zprávě Národní strategie protidrogové politiky na období let 2001-2004 (66).

1.9.7 Farmaka

Do skupiny nejčastěji zneužívaných farmak lze zahrnout analgetika na snížení vnímání bolesti, antidepresiva tišící bolest a antiepileptika, která působí na bolest nervů a zamezují vzniku epileptického záchvatu. Dále sedativa se zklidňujícím účinkem,

hypnotika na spaní a anxiolytika působící proti stavům úzkosti, napětí a strachu. V neposlední řadě sem patří i antiastmatika, používaná při léčbě bronchiálního astmatu a antitusika na tlumení kašle. Chronické užívání léků může způsobit psychickou i somatickou závislost a objevuje se častěji u starších věkových kategorií (72).

Léčba odvykacího stavu je obvykle mnohonásobně delší než u jiných drog. Postupně se snižují dávky, popřípadě se léky nahrazují jinými preparáty s delším biologickým poločasem. Podle okolností léčba probíhá buď ambulantně nebo na lůžkovém oddělení nemocnice či léčebny (50).

1.9.8 Léčba drogové závislosti

Léčba drogové závislosti spočívá v dlouhodobém terapeutickém působení na jedince, které probíhá ambulantní nebo ústavní formou. Léčba toxikomana se zaměřuje na zcela úplné odstranění drogy z těla a její odejmutí, což sebou přináší abstinenci syndrom (12, 74).

V případě ambulantní léčby jedinec dochází na terapii a má možnost dále vykonávat zaměstnání. Rizikem je ovšem snadný návrat k droze, vlivem kterého řada toxikomanů léčbu nedokončí (50).

Stacionární léčba probíhá většinou na speciálních odděleních psychiatrických klinik a léčeben. Zahrnuje detoxifikaci a dlouhodobou terapii (12).

Další možnou variantou terapie, kdy se jedinci učí vše, co bude potřebovat pro život bez drog a kde žije ve vzájemném společenství, je terapeutická komunita. Pro usnadnění následného kroku do nového života existuje nabídka ambulantní péče, kdy se dotyčný o sebe stará sám, ale má na blízku sociálního pracovníka, který je mu připraven pomoci (49, 74).

Dále je využívána behaviorální terapie, zaměřující se na prožitky a chování, jež jsou dány zkušenostmi a procesem učení. Znamená to, že jak se člověk chová, záleží na dobrých či špatných zkušenostech. U toxikomanů dochází k tomu, že se naučili něčemu, o čem věří, že je to užitečné, ne naopak. Základem terapie je pochopení návyku u sebe sama, získání náhledu, hledání a pracování s vlastními chybami a hledání zdrojů, jak zvládnout život bez drogy a dosáhnout svých cílů (74).

1.9.9 Prevence drogové závislosti

V životě mladých lidí sehrává droga či experimentování s ní jistou roli. Téměř každý dospívající jedinec se s tímto pojmem setkal a záleželo pouze na něm samém, jak dalece se nechal drogou ovlivnit a do jaké míry ji vpustil do svého života. Proto je prevence důležitou součástí existence mladých lidí. Jejím cílem je snížit škody způsobené návykovými látkami, mezi které patří intoxikace, zdravotní problémy a úrazy. Strategii prevence lze rozdělit na snižování nabídky a snižování poptávky po drogách. V této oblasti se uplatňuje vládní protidrogová politika, která se snaží zajistit ochranu před nabídkou drog a zároveň poskytuje poznatky, dovednosti a motivaci, aby si každý jedinec utvořil svůj vlastní postoj ke drogám a nesl za něj plnou odpovědnost. Dále nabízí možnost odborné, poradenské a léčebné pomoci v případě ohrožení zdraví a resocializace v případě sociálního selhání. Klíčovou strategií jsou ovšem opatření, jež vedou ke snížení poptávky po drogách. Toho lze docílit trvalým úsilím a pevnou spoluprací se státními i nestátními subjekty a širokou veřejností. V rámci této strategie je rozlišována primární, sekundární a terciární prevence (70, 75).

Primární prevence si klade za úkol cíleně působit na děti, mládež, rodiče a pedagogy, kdy se snaží vytvářet podmínky ke zdravému životnímu stylu a odrazovat dospívající od návykových látek. Primární prevence by měla začínat především v rodině. Stále více se prokazuje její silný vliv v případě připravenosti mladého člověka do života a odolnosti vůči nástrahám dnešního světa. Svou roli by ale měly sehrávat i jiné instituce. Školy se bohužel dosti zaměřují na teoretické znalosti, ovšem po praktické stránce selhávají či je předávají minimálně. V případě dětí a mládeže je upřednostňován tzv. peer program. Jedná se o předávání informací o drogách mezi vrstevníky (50).

Sekundární prevence se soustřeďuje na ohrožené nebo přímo postižené jedince. Do této oblasti patří poradenství, sociální péče, sociální práce, léčba a jiné možnosti odvykání. Za tímto účelem jsou zřizovány poradny, telefonická krizová pomoc, střediska krizové intervence a detoxifikační centra (71, 72, 75).

Terciární prevence se zaměřuje na snižování důsledků v rámci užívání drog. Situaci přímo neřeší, ale volí méně problematickou cestu. Uplatňuje se zde program

harm reduction, který se zaměřuje na pomoc lidem, jež drogovou závislost neberou jako problém a nechtějí se léčit. Provádí výměnu použitých jehel a injekčních stříkaček, čímž snižují riziko přenosu hepatitidy nebo viru HIV. Streetworkři se též snaží poskytovat informace, ať už prostřednictvím letáků či přímého kontaktu, což se později může stát prvním krokem k zahájení léčby. Do terciární prevence také patří substituce, tedy náhrada drogy za jinou, chemicky čistou a legálně podanou. V neposlední řadě sem lze zahrnout i základní sociální a existenční pomoc. Jedná se potraviny, šatstvo a přechodné bydlení (75).

1.10 Drogová scéna Jihočeského kraje

Drogová scéna Jihočeského kraje je poměrně ustálená a soustřeďuje se převážně do Českých Budějovic. V tomto regionu se ale též nachází místa, která mají svou drogovou tradici. Jedná se o oblasti víkendových rekreací, prostituce, ale i lokality s neznámou příčinou vysoké četnosti konzumace drog. Ohledně problematiky zneužívání návykových látek je možné se setkat se všemi druhy drog. Na prvním místě se nachází alkohol, následuje tabák, marihuana, pervitin, subutex a heroin. Za marginální záležitost je považován výskyt kokainu a léčiv. Z hlediska nárůstu počtu uživatelů je zřetelný výskyt konzumentů alkoholu a marihuany u mladistvých a velkým problémem je stále se snižující věk u dětí, jež začínají s kouřením tabáku. Za stabilní lze ovšem považovat problematiku zneužívání těkavých látek, které nedosahují na tak vysoké příčky v žebříčku oblíbenosti užívaných látek (71, 75).

Z hlediska problematiky drog v Jihočeském kraji se na řešení podílí převážně psychiatrická léčebna v Červeném Dvoře, jihočeské substituční methadonové centrum, terapeutické komunity, kontaktní centra a v neposlední řadě působení primární prevence ve školách a školských zařízeních. (53)

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zmapovat situaci výskytu vybraného rizikového chování u dětí na 2. stupni základních škol v Jihočeském kraji z hlediska velikosti místa bydliště.

2.2 Hypotézy

Pro dosažení cíle byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Rizikové chování v oblasti návykových látek je patrnější u měst do 10 tisíc obyvatel oproti městům nad 10 tisíc obyvatel.

H2: Nejvýznamnějším zdrojem v oblasti rizikového chování jsou vrstevníci, a to bez návaznosti na velikost místa bydliště.

H3: Šikana je více zastoupena v městech nad 10 tisíc obyvatel oproti městům do 10 tisíc obyvatel.

3. METODIKA

3.1 Popis metodiky

Výzkum byl prováděn v Jihočeském kraji za účelem zmapování situace výskytu vybraného rizikového chování dětí na 2. stupni základních škol.

K tématu byl zvolen kvantitativní výzkum za použití metody dotazování technikou dotazníku. Tato metoda byla záměrně vybrána i z důvodu následného porovnávání s jinými výzkumy. Skladba dotazníku byla vytvořena na základě obsahové analýzy sekundárních dat.

Výzkum probíhal od prosince 2007 do března 2008. V tomto období byli osloveni žáci 2. stupně základních škol v Jihočeském kraji. Na každé škole byl ředitel či jeho zástupce předem informován o možném termínu sběru dat. Základní školy byly vybrány náhodně. K sběru dat byly zvoleny základní školy v Českých Budějovicích, Písku, Milevsku, Týně nad Vltavou, Zlivi, Miroticích a Nadějkově.

Úvodní část dotazníku se skládala z oslovení a představení se respondentům, z vysvětlení důvodu výzkumu a z pokynů k vyplňování dotazníku. První oddíl otázek se týkal identifikačních znaků a současného psychického stavu jak v oblasti rodinného, tak i školního prostředí. Druhý oddíl byl zaměřen na zkušenosti respondentů s vybraným rizikovým chováním a závěr zjišťoval zdroje informací v oblasti vybraného rizikového chování. Na otázky v dotazníku odpovídal soubor 511 dětí z šestých, sedmých, osmých a devátých tříd základních škol Jihočeského kraje ve věkovém rozmezí 12-16 let. Dotazník obsahoval celkem 31 otázek uzavřeného, polootevřeného, otevřeného a filtračního typu. Výhodou techniky dotazníku byl možný sběr dat u většího počtu respondentů s ohledem na zachování anonymity.

K zpracování výzkumné části jsem zvolila formu grafů, a to typ výšečový a sloupcový. Pro přehlednost jsem u grafů s větším počtem možných odpovědí vytvořila společně s grafy tabulky, kde jsem znázornila procentuální výsledky. Při zpracování dat jsem vycházela z celkového počtu respondentů, tedy 100% nebo z celkového počtu odpovědí, kdy měli respondenti možnost zvolit více variant, a soubor tvořil též 100%. Pro vyjádření výsledků výzkumu jsem zvolila procentuální hodnocení nebo hodnocení

pomocí škál. Škála znázorňuje daný jev prostřednictvím číselné řady. Proto jsem v otázkách, které se zaměřují na psychický stav, subjektivní hodnocení a věk, využila tento způsob znázornění. V případě subjektivního hodnocení a psychického stavu měla škála číselné rozmezí od 1 - 5. Čím vyšších hodnot sloupec dosahoval, o to víc byl daný stav alarmující.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

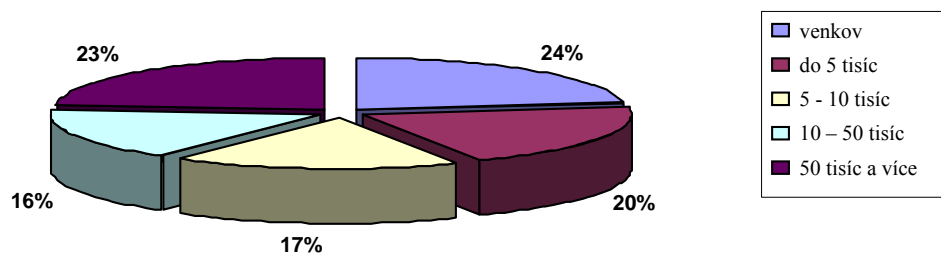
Výzkumný soubor tvořili žáci 2. stupně základních škol v Jihočeském kraji. Respondenti byli vybráni metodou náhodného stratifikovaného výběru.

Během výzkumu bylo rozdáno celkem 650 dotazníků, z nichž se vrátilo 600 zpět. Z tohoto počtu bylo 89 dotazníků vyplněno chybně či nedostatečně, a proto musely být vyřazeny. Výzkumný soubor tedy tvořilo celkem 511 respondentů. 116 respondentů pocházelo z venkova, 102 respondentů z města do 5 tisíc obyvatel, 89 z města s 5-10 tisíci obyvateli, 84 z města s 10-50 tisíci obyvateli a 120 z města s 50 tisíci obyvateli a více. Každý soubor byl zpracován samostatně a tvořil vždy 100%. Tento soubor byl následně komparován s dalšími takto zpracovanými soubory.

Na základě vyhodnocení dotazníků bylo zjištěno, že procentuální podíl návratnosti činil 92% a z toho bylo použito 79%.

4. VÝSLEDKY

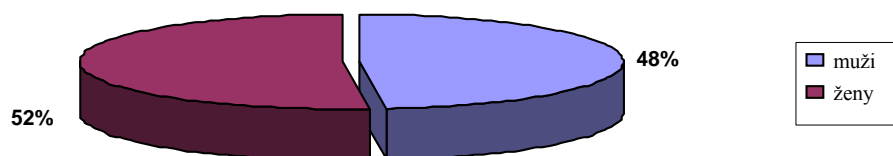
Graf 1: Rozložení respondentů dle velikosti místa bydliště (%)



zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 511 (100%) respondentů pochází 116 (24%) z venkova, 102 (20%) z města do 5 tisíc obyvatel, 89 (17%) z města s 5–10 tisíci obyvateli, 84 (16%) z města s 10–50 tisíci obyvateli a 120 (23%) z města s 50 tisíci obyvateli a více.

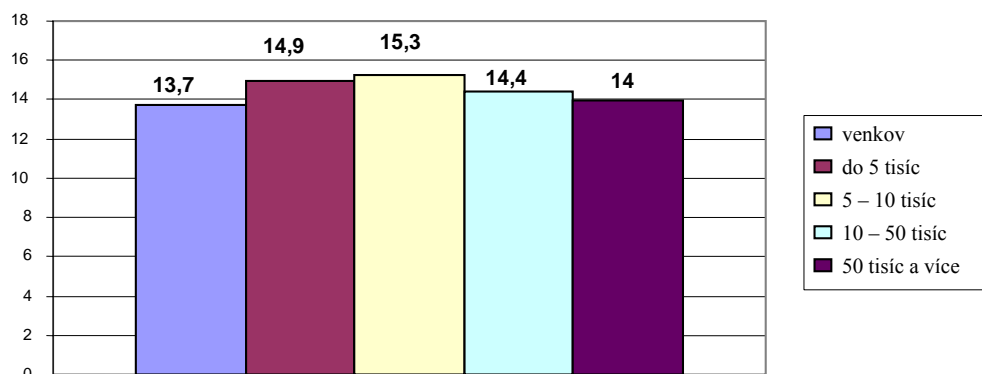
Graf 2: Pohlaví respondentů (%)



zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet 511 (100%) respondentů tvoří 266 (52%) dívek a 245 (48%) chlapců. Procentuální zastoupení chlapců a dívek v jednotlivých oblastech je stejné.

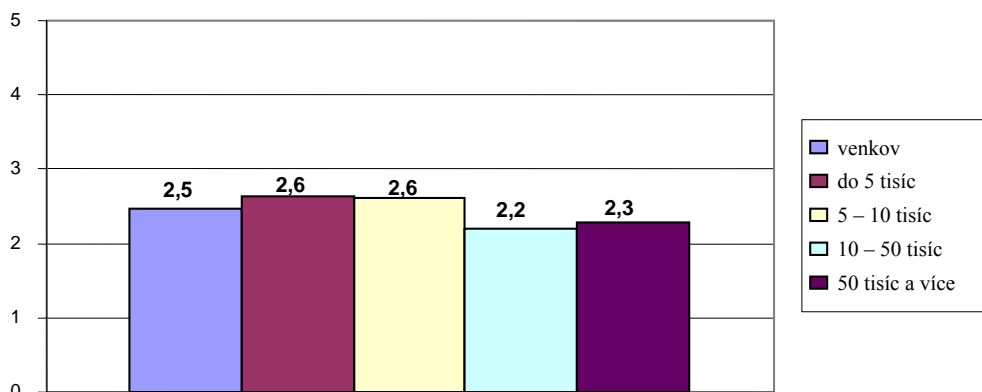
Graf 3: Průměrný věk respondentů (škála)



zdroj: vlastní výzkum

Věkový průměr u respondentů z venkova je 13,7 let, z města do 5 tisíc obyvatel 14,9 let, z města s 5–10 tisíci obyvateli 15,3 let, z města s 10–50 tisíci obyvateli 14,4 let a z města s 50 tisíci obyvateli a více 14 let.

Graf 4: Subjektivní hodnocení prospěchu (škála)

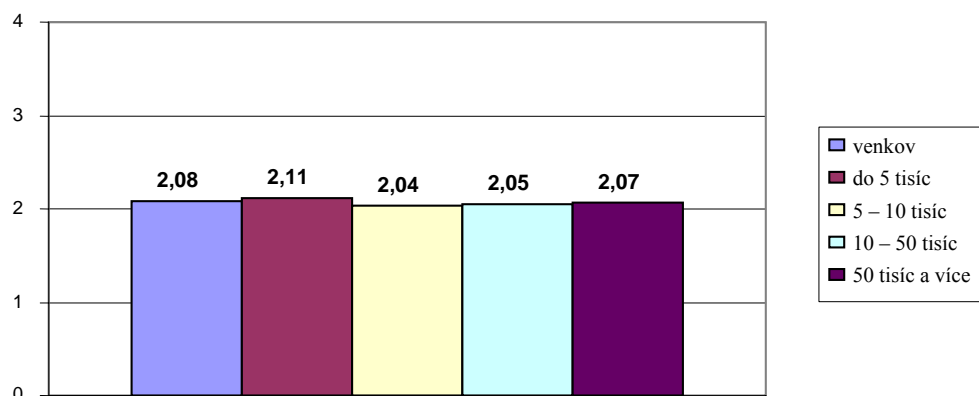


zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti pomocí škály v číselném rozmezí od 1-5 označit, jak sami hodnotí svůj školní prospěch. Čím vyšší hodnotu respondent označil, tím hůře hodnotil svůj prospěch. Průměrné hodnocení prospěchu je srovnatelné u respondentů

z města do 5 tisíc obyvatel a s 5-10 tisíci obyvateli, tedy 2,6. U respondentů z venkova je 2,5, z města s 50 tisíci obyvateli a více 2,3 a 2,2 u respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli.

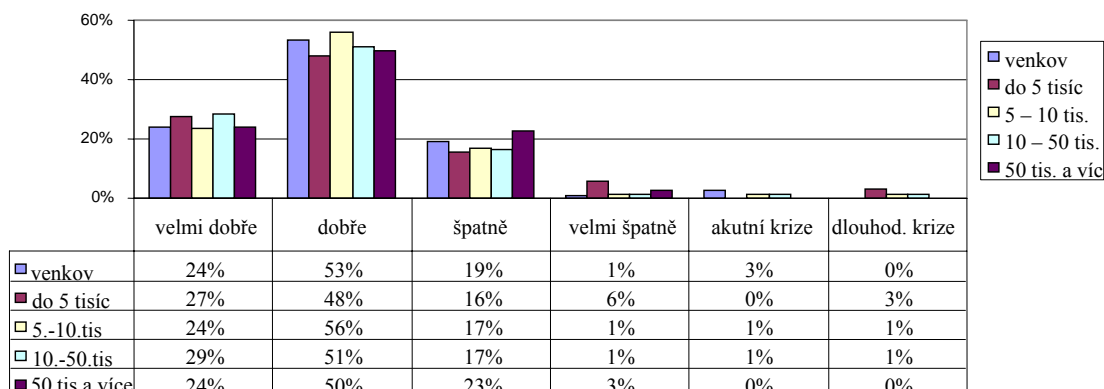
Graf 5a: Aktuální psychický stav (škála)



zdroj: vlastní výzkum

V páté otázce měli respondenti pomocí škály v rozmezí od 1-5 označit, jak se v současné době cítí. Čím vyšší hodnoty byly zaznamenávány, tím hůře se dítě v dané době cítilo. Dle vyhodnocení výsledků je patrné, že aktuální psychický stav se v jednotlivých oblastech příliš neliší. U respondentů z města do 5 tisíc obyvatel činí průměrné hodnocení 2,11, z venkova 2,08, z města s 50 tisíci obyvateli a více 2,07, z města s 10-50 tisíci obyvateli 2,05 a 2,04 z města s 5-10 tisíci obyvateli.

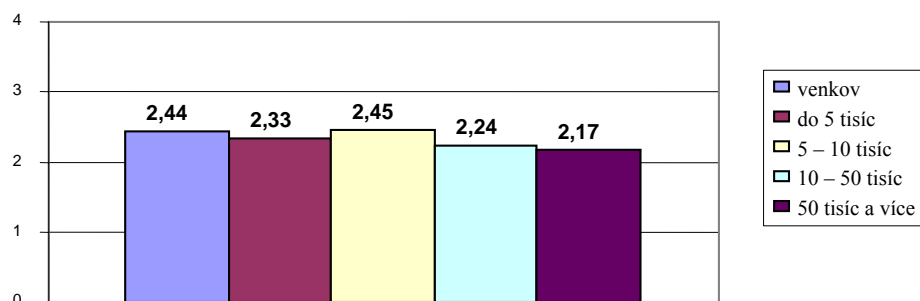
Graf 5b: Aktuální psychický stav (%)



zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak se v současné době respondenti cítí, odpověděla převážná většina kladně. Žáci z venkova 116 (100%) – 62 (53%) dobře, 28 (24%) velmi dobře, 22 (19%) špatně, 3 (3%) žáci se nachází v akutní krizi, 1 (1%) se cítí velmi špatně. Respondenti z města do 5 tisíc obyvatel 102 (100%) – 49 (48%) se cítí dobře, 27 (28%) velmi dobře, 16 (16%) špatně, 6 (6%) velmi špatně, 3 (3%) respondenti pociťují dlouhodobou krizi. Respondenti z města s 5-10 tisíci obyvateli 89 (100%) – 50 (56%) se cítí dobře, 21 (24%) velmi dobře, 15 (17%) špatně, 1 (1%) velmi špatně, 1 (1%) respondent je v akutní krizi a 1 (1%) v dlouhodobé krizi. Respondenti z města s 10-50 tisíci obyvateli 84 (100%) – 43 (51%) se cítí dobře, 24 (29%) velmi dobře, 14 (17%) špatně, 1 (1%) velmi špatně, 1(1%) se nachází v akutní krizi a 1 (1%) v dlouhodobé krizi. Respondenti z města s 50 tisíci a více obyvateli 120 (100%) – 60 (50%) žáků se cítí dobře, 29 (24%) velmi dobře, 28 (23%) špatně a 3 (3%) velmi špatně.

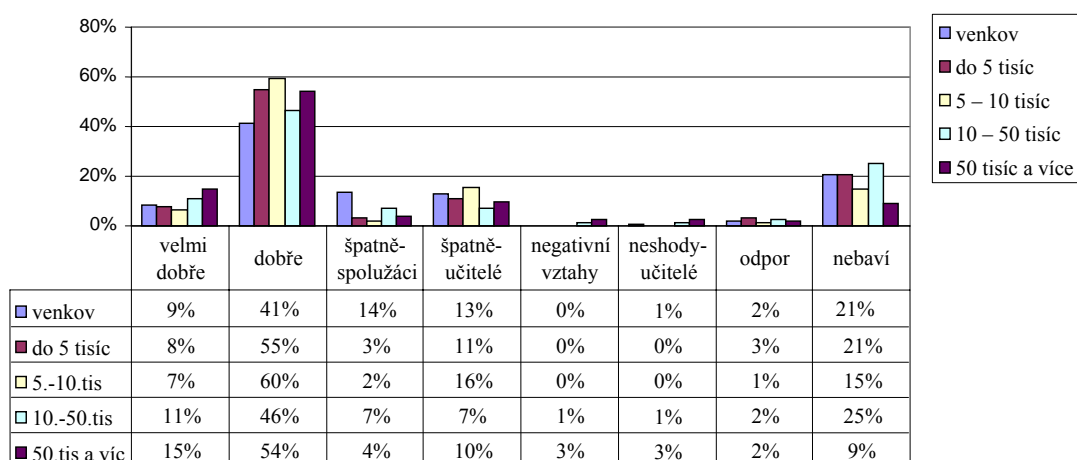
Graf 6a: Subjektivní hodnocení školní atmosféry (škála)



zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti uvést, jak se ve škole cítí. Své pocity žáci zaznamenávali pomocí škály v číselném rozmezí od 1-5. Nízké hodnoty vykazovaly kladné hodnocení, naopak vysoké hodnoty negativní hodnocení. V žádné z oblastí se na základě vyhodnocení neobjevily velké rozdíly. Průměr subjektivních pocitů ve škole u respondentů z města s 5–10 tisíci obyvateli je 2,45, u respondentů z venkova je 2,44, u respondentů z města do 5 tisíc obyvatel 2,33, u respondentů z města s 10–50 tisíci obyvateli 2,24 a u respondentů z města s 50 tisíci a více obyvateli 2,17.

Graf 6b: Subjektivní hodnocení školní atmosféry (%)

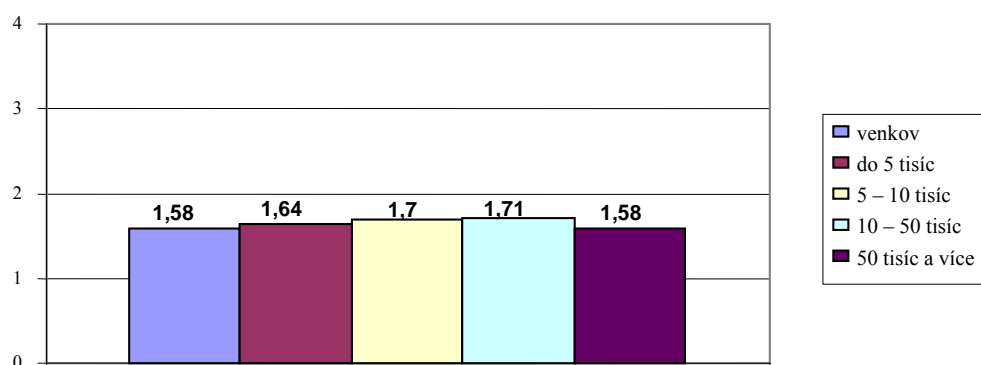


zdroj: vlastní výzkum

Na základě vyhodnocení dotazníku je zřejmé, že ve škole se žáci cítí převážně dobře. Ze 116 (100%) respondentů z venkova se ve škole cítí 48 (41%) dobře bez výrazných problémů, 24 (21%) respondentů škola nebaví, 16 (14%) se cítí špatně kvůli běžným problémům s některými spolužáky, 15 (13%) má špatné pocity kvůli běžným problémům s učiteli, 10 (9%) se cítí velmi dobře, 2 (2%) respondenti uvedli trvalý odpor ke školnímu prostředí a velmi špatně se cítí 1 (1%) respondent kvůli stálým neshodám s převážnou většinou učitelů. Ze 102 (100%) respondentů z města do 5 tisíc obyvatel se 57 (55%) cítí dobře bez výrazných problémů, 20 (21%) respondentů škola nebaví, 11 (11%) se cítí špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli, velmi dobře se cítí 8 (8%), 3 (3%) má špatné pocity kvůli běžným problémům se spolužáky a 3 (3%) pociťují ke školnímu prostředí trvalý odpor. Z 89 (100%) respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli uvedlo 53 (60%) respondentů, že se cítí dobře bez výrazných problémů, 14 (16%) má problémy s některými učiteli, 13 (15%) škola nebaví, 6 (7%), že se cítí velmi dobře, 2 (2%) uvedli možnost špatně kvůli běžným problémům se spolužáky a 1 (1%) respondent cítí ke škole trvalý odpor. Z 84 respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli se ve škole cítí 38 (46%) dobře bez výrazných problémů, 21 (25%) respondentů škola nebaví, 9 (11%) se cítí velmi dobře, 6 (7%) má špatné pocity

kvůli běžným problémům se spolužáky, 6 (7%) se cítí špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli, 2 (2%) uvedli trvalý odpor ke školnímu prostředí, velmi špatně se cítí 1 (1%) kvůli stálým neshodám se spolužáky, 1 (1%) respondent se cítí velmi špatně kvůli stálým neshodám s převážnou většinou učitelů. Ze 120 (100%) respondentů z města s 50 tisíci obyvateli a více se ve škole cítí 66 (54%) dobře bez výrazných problémů, 18 (15%) velmi dobře, 12 (10%) se cítí špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli, 11 (9%) respondentů škola nebaví, 5 (4%) má špatné pocity kvůli běžným problémům se spolužáky, velmi špatně se cítí 3 (3%) respondenti kvůli stálým neshodám se spolužáky, 3 (3%) se cítí velmi špatně kvůli stálým neshodám s většinou učitelů, 2 (2%) uvedli trvalý odpor ke školnímu prostředí.

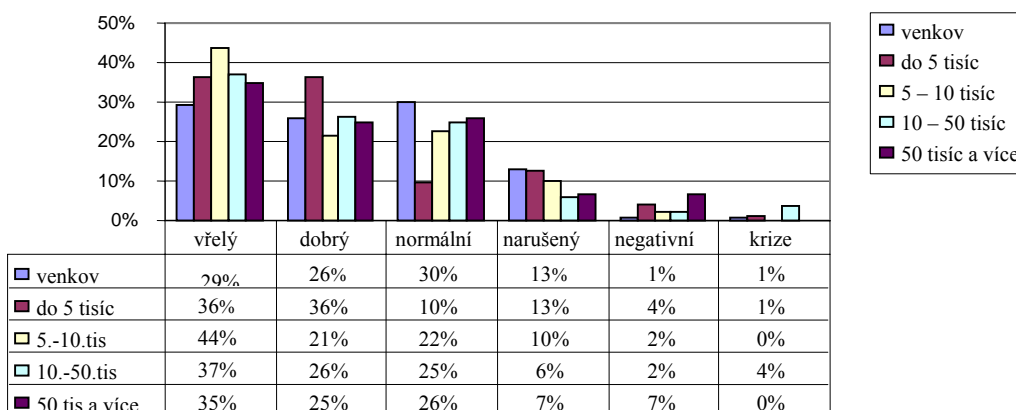
Graf 7a: Vztah k rodinnému prostředí (škála)



zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku měli respondenti pomocí škály zhodnotit svůj vztah k rodinnému prostředí. Průměrné zhodnocení vztahu k rodinnému prostředí je u respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli 1,71, z města s 5-10 tisíci obyvateli 1,7, u respondentů z města do 5 tisíc obyvatel 1,64, z venkova a z města s 50 tisíci a více obyvateli 1,58.

Graf 7b: Vztah k rodinnému prostředí (%)

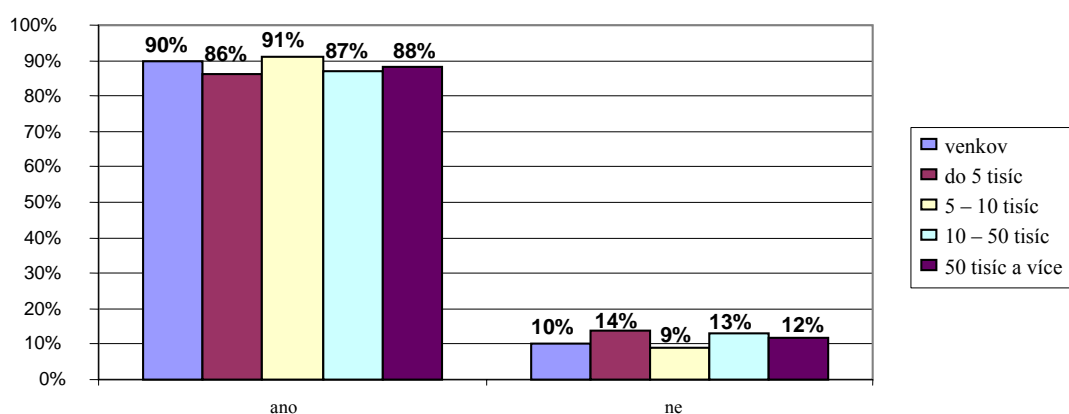


zdroj: vlastní výzkum

Žáci v této otázce převážně uváděli kladné odpovědi, tedy ke svému rodinnému prostředí mají pozitivní vztah. Rizikovou oblastí je ale venkov a město do 5 tisíc obyvatel, kde žáci ve vysokém měřítku uvádějí narušený vztah k rodinnému prostředí. Ze 116 (100%) respondentů z venkova odpovědělo 36 (30%) respondentů, že považuje vztah za normální, 33 (29%) má k rodinnému prostředí vřelý vztah, 30 (26%) uvedlo dobrý vztah bez podstatných problémů, 15 (13%) uvedlo, že jejich vztah je občas narušený nedorozuměním a problémy, 1 (1%) považuje vztah za negativní a 1 (1%) pociťuje krizi. Ze 102 (100%) respondentů z města do 5 tisíc obyvatel má 37 (36%) vřelý vztah, 37 (36%) ohodnotilo vztah za dobrý bez podstatných problémů, 13 (13%) má vztah občas narušený nedorozuměním a problémy 10 (10%) uvedlo normální vztah, u 4 (4%) je vztah negativní a 1 (1%) respondent má pocit krize. Z 89 (100%) respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli uvedlo 39 (44%) vřelý vztah, 20 (22%) označilo normální vztah, 19 (21%) vnímá vztah jako dobrý, 9 (10%) uvedlo, že vztah je občas narušený a pro 2 (2%) respondenty je negativní. Z 84 (100%) respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli uvedlo 31 (37%) vřelý vztah, 22 (26%) dobrý vztah, 21 (25%) normální vztah, 5 (6%) respondentů má vztah občas narušený nedorozuměním a problémy, 3 (4%) vnímají krizi a 2 (2%) označili negativní vztah. Ze 120 (100%)

respondentů z města s 50 tisíci obyvateli a více uvedlo 43 (35%) vřelý vztah, 31 (26%) dobrý vztah, 30 (25%) normální vztah, 8 (7%) respondentů má vztah občas narušený nedorozuměním a problémy a 8 (7%) označilo negativní vztah.

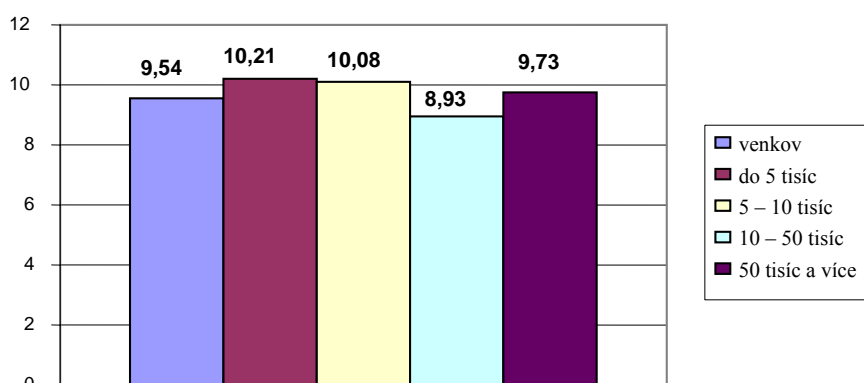
Graf 8a: Zkušenost s alkoholem (%)



zdroj: vlastní výzkum

Velmi vysoké procento žáků základních škol uvedlo, že již mělo zkušenost s konzumací alkoholu. Z venkova 116 (100%) označili ano 104 (90%) respondenti a ne 12 (10%). Z města do 5 tisíc obyvatel 102 (100%) odpovědělo ano 88 (86%) a ne 14 (14%) respondentů. Z města s 5-10 tisíci obyvateli 89 (100%) odpovědělo ano 81 (91%) a ne 8 (9%) respondentů. Z města s 10-50 tisíci obyvateli 84 (100%) odpovědělo 73 (87%) respondentů ano a 11 (13%) ne. Z města s 50 tisíci a více obyvateli 102 (100%) má zkušenost s alkoholem 106 (88%) a nemá 14 (12%) respondentů.

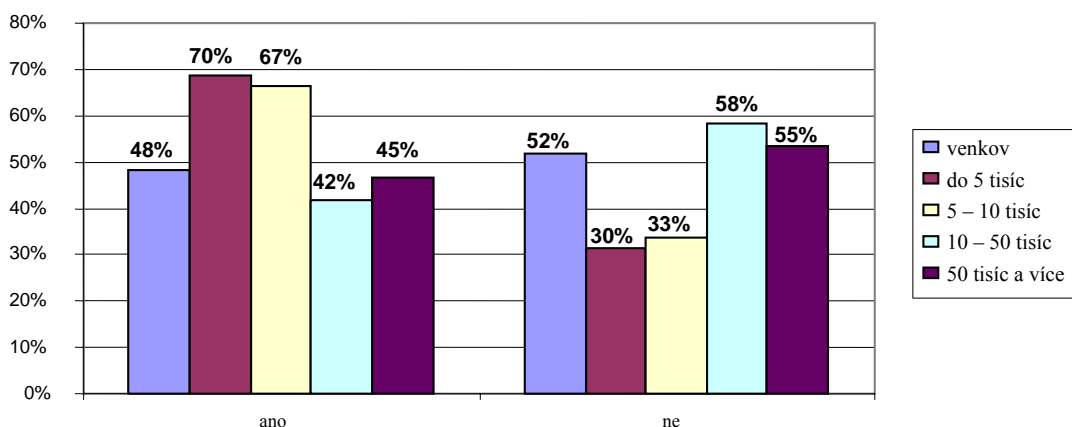
Graf 8b: Průměrný věk kontaktu s alkoholem (škála)



zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku měli respondenti uvést, v kolika letech poprvé ochutnali alkohol. Nejvíce rizikové se ukázalo město s 10-50 tisíci obyvateli, kde svou první zkušenost měli žáci v průměru v 8,93 letech. Venkov uvedl průměrný věk 9,54 let, město s 50 tisíci a více obyvateli 9,73 let, město s 5-10 tisíci obyvateli 10,08 let a město do 5 tisíc obyvatel 10,21 let.

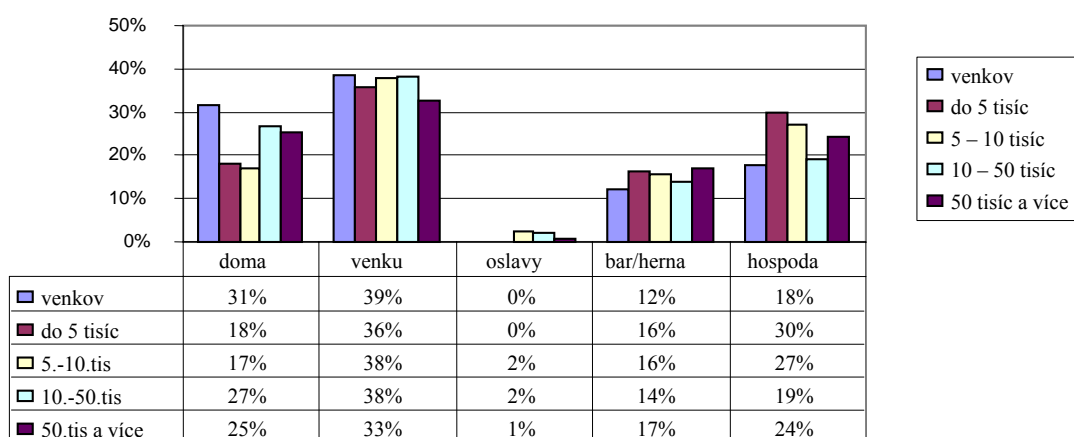
Graf 9: Zkušenost s opilostí (%)



zdroj: vlastní výzkum

Z vyhodnocení dotazníku vyplývá, že s opilstostí mají zkušenost převážně žáci z menších měst, kde je konzumace alkoholu nezletilých velice častá. Z města do 5 tisíc obyvatel 102 (100%) respondentů odpovědělo 70 (70%) ano a 32 (30%) ne. Z města s 5-10 tisíci obyvateli 89 (100%) uvedlo 60 (67%) ano a ne 29 (33%). Z venkova 116 (100%) uvedlo ne 60 (52%) a ano 56 (48%). Z města s 50 tisíci a více obyvateli 120 (100%) označilo ne 66 (55%) a ano 54 (45%). Z města s 10-50 tisíci obyvateli 84 (100%) odpovědělo ne 49 (58%) a ano 35 (42%).

Graf 10: Místo konzumace alkoholu (%)

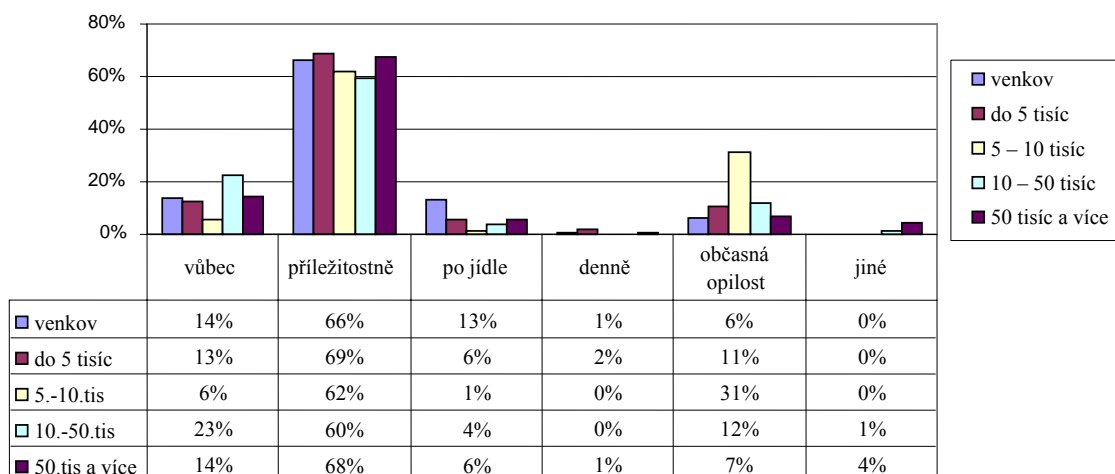


zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu odpovědí u jednotlivých oblastí (venkov – 124 (100%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel - 167 (100%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli – 129 (100%) odpovědí, město s 10-50 tisíci obyvateli – 94 (100%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli – 153 (100%) odpovědí) byla nejvíce označována možnost konzumace alkoholu venku bez rozdílu velikosti místa bydliště – venkov 48 (39%), město s 5-10 tisíci obyvateli 49 (38%), město s 10-50 tisíci obyvateli 36 (38%), město do 5 tisíc obyvatel 60 (36%) a město s 50 tisíci a více obyvateli 50 (33%). Dalším častým místem byl uveden domov – venkov 39 (31%), město s 10-50 tisíci obyvateli 25 (27%), město s 50 tisíci a více obyvateli 39 (25%), město do 5 tisíc obyvatel 30 (18%) a

město s 5-10 tisíci obyvateli 22 (17%). Hospoda – město do 5 tisíc obyvatel 50 (30%), město s 5-10 tisíci obyvateli 35 (27%), město s 50 tisíci a více obyvateli 37 (24%), město s 10-50 tisíci obyvateli 18 (19%) a venkov 22 (18%). Bar/herna – město s 50 tisíci a více obyvateli 26 (17%), město do 5 tisíc obyvatel 27 (16%), město s 5-10 tisíci obyvateli 20 (16%), město s 10-50 tisíci obyvateli 13 (14%) a venkov 15 (12%). Nejméně žáci uváděli oslavy – město s 5-10 tisíci obyvateli 3 (2%), město s 10-50 tisíci obyvateli 2 (2%) a město s 50 tisíci a více obyvateli 1 (1%).

Graf 11: Četnost konzumace alkoholu (%)

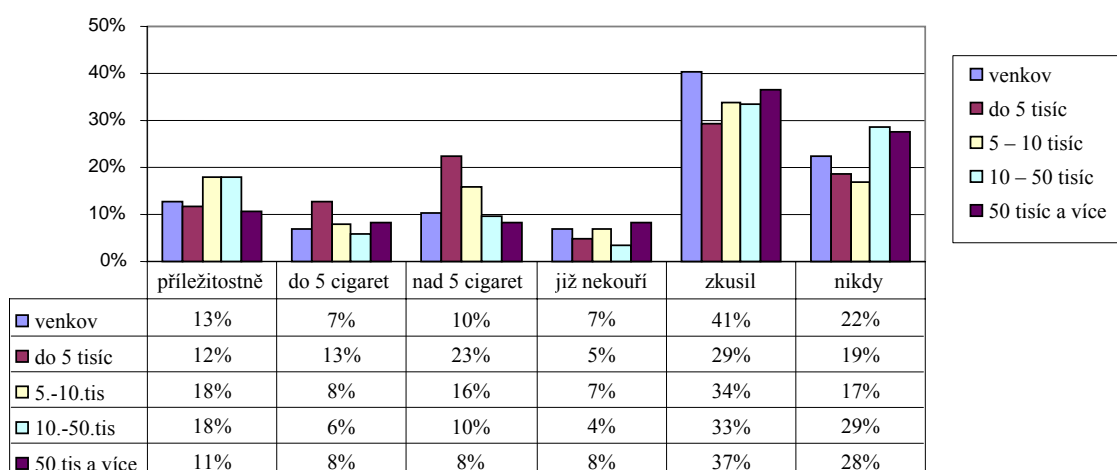


zdroj: vlastní výzkum

Při srovnání odpovědí na otázku, jak často respondenti pijí alkohol, je zřejmé, že převážná většina žáků pije příležitostně a dokonce se i občasně opijí. Rozdíly v jednotlivých oblastech nejsou markantní, pouze u města s 5-10 tisíci obyvateli se objevují varovné signály u občasně opilosti. Z venkova 116 (100%) respondentů uvedlo 77 (66%), že pije příležitostně, 16 (14%) žáků alkohol nekonzumuje, 15 (13%) pije pouze po jídle, 7 (6%) odpovědělo, že se občas opijí a 1 (1%) respondent uvedl denní konzumaci alkoholu. Z města do 5 tisíc obyvatel 102 (100%) respondentů pije příležitostně 70 (69%), 13 (13%) alkohol nekonzumuje, 11 (11%) se občasně opijí, 6 (6%) pije jen po jídle a 2 (2%) žáci konzumují alkohol denně. Z města s 5-10 tisíci

obyvateli 89 (100%) uvedlo 55 (62%) příležitostnou konzumaci alkoholu, 28 (31%) občasnou opilost, 5 (6%) nepije vůbec a 1 (1%) po jídle. Z města s 10-50 tisíci obyvateli 84 (100%) respondentů konzumuje alkohol příležitostně 50 (60%), 20 (23%) vůbec, 10 (12%) se občasně opijí, 3 (4%) pije po jídle a jeden respondent uvedl možnost jiné, kdy konzumuje alkohol 1-2x týdně. Z města s 50 tisíci a více obyvateli 120 (100%) pije příležitostně 82 (68%) dětí, 17 (14%) vůbec, 8 (7%) se někdy opijí, 7 (6%) pije po jídle a 1 (1%) žák denně. 5 (4%) dětí označilo možnost jiné, kde uvedlo pravidelnou konzumaci alkoholu 1x týdně.

Graf 12: Frekvence užívání tabákových výrobků (%)

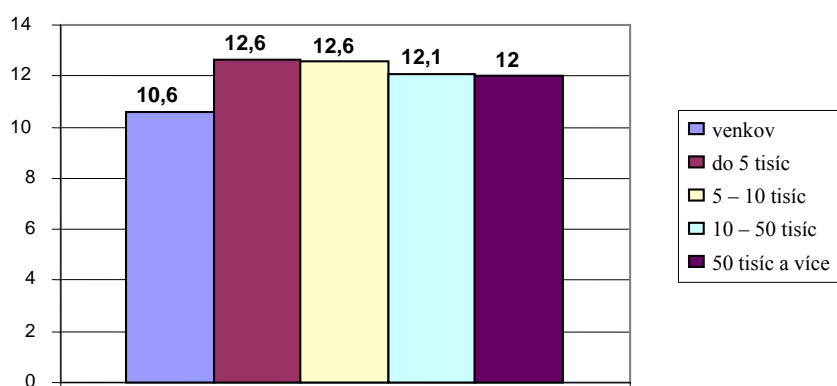


zdroj: vlastní výzkum

Na základě vyhodnocení této otázky je patrné, že mnoho žáků alespoň kouřit zkusilo nebo kouří pravidelně. Většina kuřáků pochází z menších měst. Venkov 116 (100%) respondentů – zkusilo 47 (41%), nikdy nekouřilo 26 (22%) žáků, příležitostně 15 (13%), nad 5 cigaret 12 (10%), do 5 cigaret 8 (7%) a již nekouří 8 (7%) respondentů. Město do 5 tisíc obyvatel 102 (100%) respondentů – 30 (29%) zkusilo, 23 (23%) žáků kouří nad 5 cigaret denně, 19 (19%) nikdy, 13 (13%) do 5 cigaret denně, 12 (12%) příležitostně a 5 (5%) již nekouří. Město s 5-10 tisíci obyvateli 89 (100%) – 31 (34%) kouřit zkusilo, 16 (18%) příležitostně, 15 (17%) nikdy, 14 (16%) kouří nad 5 cigaret

denně, 7 (8%) do 5 cigaret denně a 6 (7%) již nekouří. Město s 10-50 tisíci obyvateli 84 (100%) – 28 (33%) kouřit zkusilo, 25 (29%) nikdy, 15 (18%) příležitostně, 8 (10%) kouří nad 5 cigaret denně, 5 (6%) do 5 cigaret denně a 3 (4%) již nekouří. Město s 50 tisíci a více obyvateli 120 (100%) – 44 (37%) kouřit zkusilo, 33 (28%) nikdy, 13 (11%) příležitostně, do 5 cigaret 10 (8%), nad 5 cigaret 10 (8%) a již nekouří 10 (8%) respondentů.

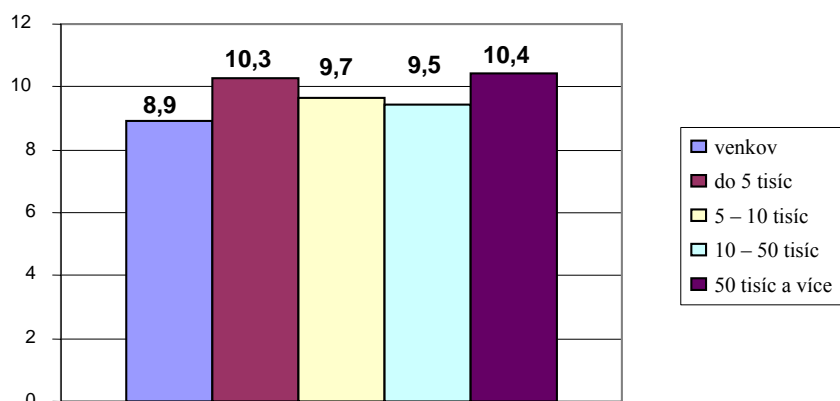
Graf 13: Průměrný věk zkušenosti s tabákovými výrobky (škála)



zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku měli žáci uvést, v kolika letech zkusili tabákový výrobek. Překvapivé výsledky se ukázaly u venkova, kde průměrný věk zkušenosti s tabákovými výrobky je 10,6 let. Dále město s 50 tisíci a více obyvateli 12 let, město s 10-50 tisíci obyvateli 12,1 let a srovnatelný věkový průměr 12,6 let je u města do 5 tisíc obyvatel a města s 5-10 tisíci obyvateli.

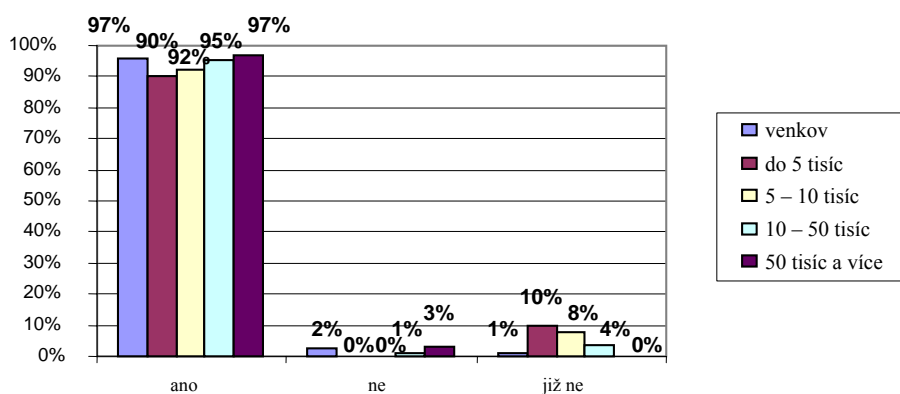
Graf 14: Průměrný věk pravidelného užívání tabákových výrobků (škála)



zdroj: vlastní výzkum

Rizikovou oblastí z hlediska pravidelného užívání tabákových výrobků je venkov, kde průměrný věk pravidelného užívání tabákových výrobků dosahuje na hranici pouhých 8,9 let. Město s 10-50 tisíci obyvateli 9,5 let, město s 5-10 tisíci obyvateli 9,7 let, město do 5 tisíc 10,3 let a město s 50 tisíci a více obyvateli 10,4 let.

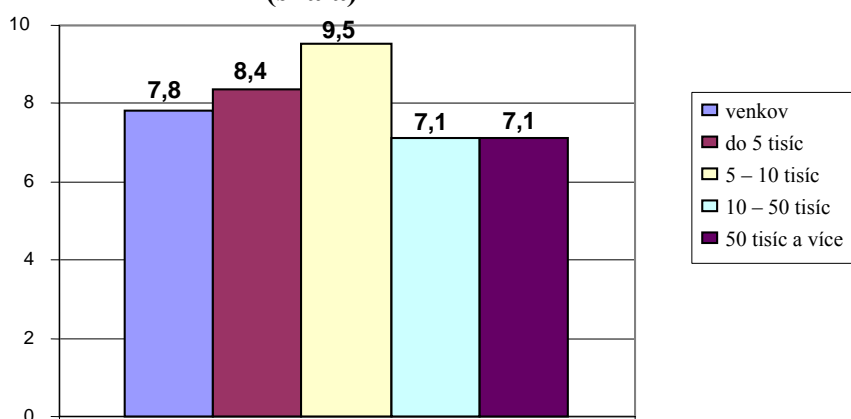
Graf 15a: Vlastnictví mobilního telefonu (%)



zdroj: vlastní výzkum

Respondenti měli v této otázce uvést, zda vlastní mobilní telefon. Žáci 116 (100%) z venkova – 112 (97%) ano, 3 (2%) ne a 1 (1%) již ne. Žáci 102 (100%) z města do 5 tisíc obyvatel – 92 (90%) ano a 10 (10%) již ne. Žáci 89 (100%) z města s 5-10 tisíci obyvateli – 82 (92%) ano a 7 (8%) již ne. Žáci 84 (100%) z města s 10-50 tisíci obyvateli – 80 (95%) ano, 3 (4%) již ne a 1 (1%) ne. Žáci 120 (100%) z města s 50 tisíci a více obyvateli – 116 (97%) ano a 4 (3%) ne.

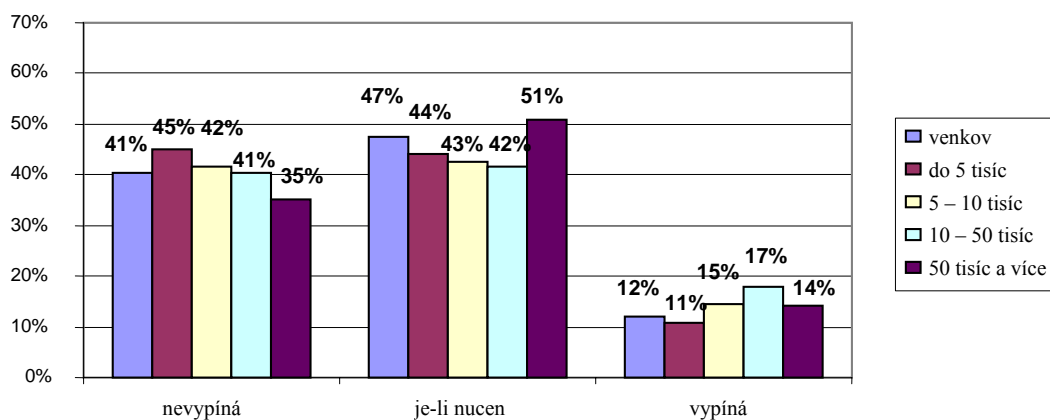
Graf 15b: Průměrný věk vlastnictví mobilního telefonu (škála)



zdroj: vlastní výzkum

Dle vyhodnocení dotazníku je zřejmé, že věkový průměr vlastnictví mobilního telefonu dosahuje nejmenších hodnot u města s 10-50 tisíci obyvateli a města s 50 tisíci obyvateli a více, tedy 7,1 let. Následuje venkov, kde věkový průměr činí 7,8 let, dále město do 5 tisíc obyvatel 8,4 let a město s 5-10 tisíci obyvateli 9,5 let.

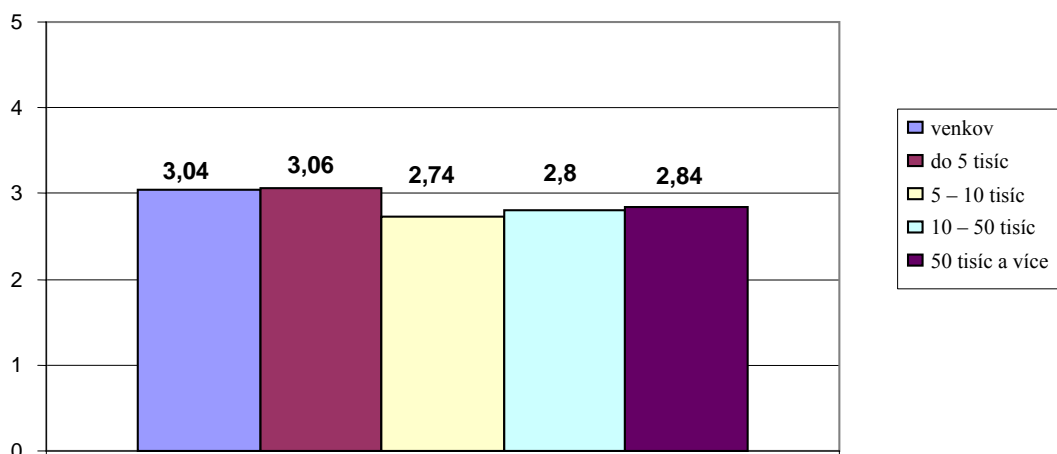
Graf 16: Vypínání mobilního telefonu (%)



zdroj:vlastní výzkum

Při srovnání odpovědí na otázku, zda žáci vypínají mobilní telefon, jsou nepatrné rozdíly převážně u malých měst. 102 (100%) respondentů z města do 5 tisíc obyvatel – 46 (45%) mobilní telefon nevypíná, 45 (44%) jsou-li nuceni a pouze 11 (11%) vypíná. 116 (100%) respondentů z venkova – 55 (47%) jsou-li nuceni, 47 (41%) nevypíná a 14 (12%) vypíná. 120 (100%) respondentů z města s 50 tisíci a více obyvateli - 61 (51%) vypíná mobilní telefon pouze v případě donucení, 42 (35%) nevypíná a 17 (14%) vypíná. 89 (100%) respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli – 38 (43%) v případě donucení, 37 (42%) nevypíná a 14 (15%) vypíná. 84 (100%) respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli – 35 (42%) jsou-li nuceni, 34 (41%) nevypíná a 15 (17%) vypíná.

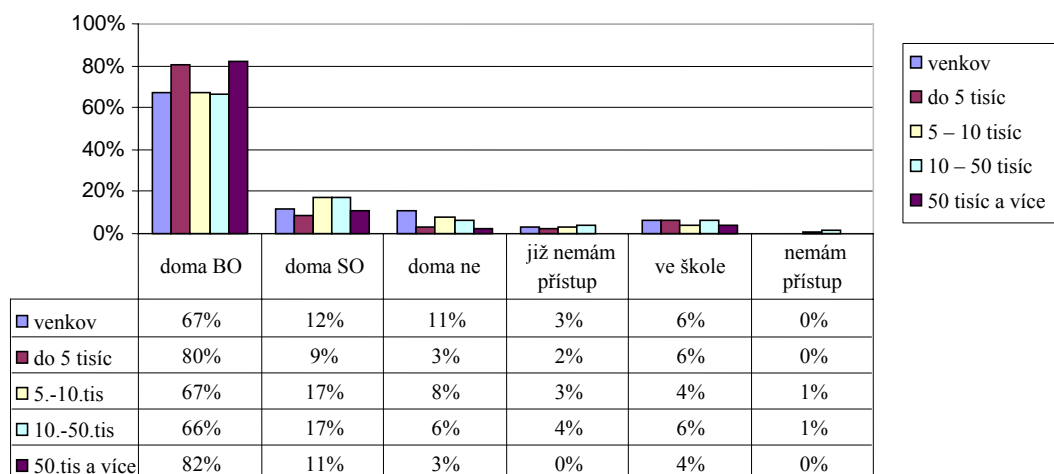
Graf 17: Pocity při nemožnosti mobilní komunikace (škála)



zdroj: vlastní výzkum

Na základě vyhodnocení této otázky jsou pocity při nemožnosti mobilní komunikace u všech oblastí téměř vyrovnané. Město do 5 tisíc obyvatel 3,06, venkov 3,04, město s 50 tisíci a více obyvateli 2,84, město s 10-50 tisíci obyvateli 2,8 a město s 5-10 tisíci obyvateli 2,74.

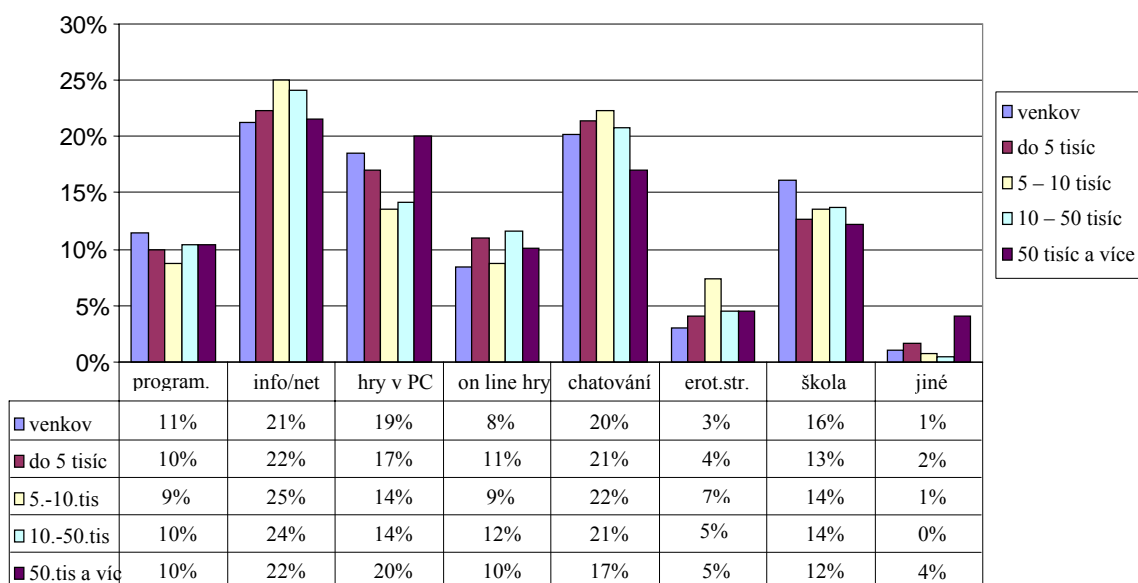
Graf 18: Možnost přístupu k počítači (%)



zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu odpovědí je na základě vyhodnocení patrné, že bez velkých rozdílů mají respondenti neomezený přístup k počítači, a to bez závislosti na velikosti místa bydliště. Venkov 116 (100%) odpovědí – doma bez omezení 78 (67%) odpovědí, 14 (12%) doma s omezením, ano, ale nemá počítač doma 13 (11%) odpovědí, 7 (6%) přístup ve škole a 4 (3%) odpovědi již nemá přístup. Město do 5 tisíc obyvatel 102 (100%) odpovědí – 82 (80%) odpovědí doma bez omezení, 9 (9%) doma s omezením, 6 (6%) ve škole, 3 (3%) odpovědi tvořily možnost ano, ale nemám jej doma a 2 (2%) již nemám přístup. Město s 5-10 tisíci obyvateli 101 (100%) odpovědí – 68 (67%) doma bez omezení, 17 (17%) doma s omezením, 8 (8%) ano, ale nemám jej doma, 4 (4%) ve škole, 3 (3%) již přístup nemá a 1 (1%) nemá žádný přístup. Město s 10-50 tisíci obyvateli 84 (100%) – 55 (66%) odpovědí tvořilo možnost doma bez omezení, 15 (17%) doma s omezením, 5 (6%) nemá počítač doma, 5 (6%) ve škole, 3 (4%) již přístup nemá a 1 (1%) nemá žádný přístup. Město s 50 tisíci a více obyvateli 120 (100%) odpovědí – 99 (82%) doma bez omezení, 13 (11%) doma s omezením, 5 (4%) ve škole a 3 (3%) ano, ale nemá počítač doma.

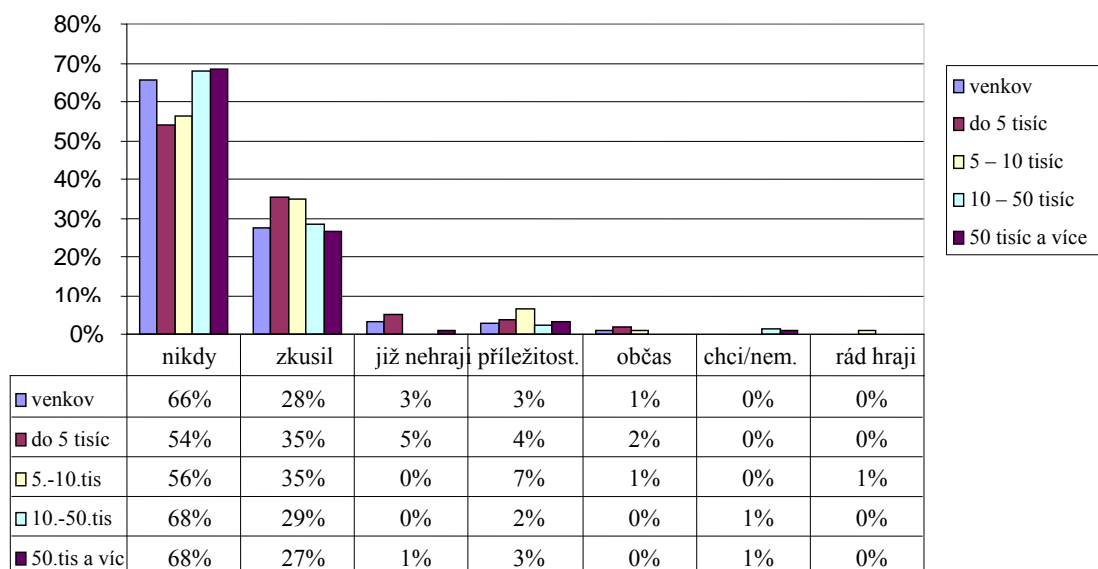
Graf 19: Oblast využití počítače (%)



zdroj: vlastní výzkum

Z vyhodnocení dotazníku je zřejmé, že žáci preferují převážně internet a chatování. Nejvyšší procento zaujímá město s 50 tisíci a více obyvateli. Z celkového počtu 297 (100%) odpovědí respondentů z venkova tvořilo 63 (21%) možnost info/net, 60 (20%) chatování, 55 (19%) hry v PC, 48 (16%) škola, 34 (11%) programování, 25 (8%) on line hry, 9 (3%) erotické stránky a 3 (1%) odpovědi tvořily možnost jiné, kde respondenti uvedli poslech hudby. Z celkového počtu 300 (100%) odpovědí respondentů z města do 5 tisíc obyvatel tvořilo 67 (22%) možnost info/net, 64 (21%) chatování, 51 (17%) hry v PC, 38 (13%) škola, 33 (11%) on line hry, 30 (10%) programování, 12 (4%) erotické stránky a 5 (2%) možnost jiné. Ve třech případech se jednalo o poslech hudby a ve dvou případech respondenti uvedli vlastní tvorbu webových stránek. Z celkového počtu 287 (100%) odpovědí respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli tvořilo 72 (25%) info/net, 64 (22%) chatování, shodný počet 39 (14%) odpovědí měla škola a hry v PC, též shodný počet 25 (9%) odpovědí měly on line hry a programování, 21 (7%) erotické stránky a 2 (1%) odpovědi tvořily malování a tvorbu tapet. Z celkového počtu 240 (100%) odpovědí respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli tvořilo 58 (24%) info/net, 50 (21%) chatování, počet 34 (14%) odpovědí se shodoval u možnosti her v PC a škole, 28 (12%) odpovědí tvořilo možnost on line hry, 25 (10%) programování a 11 (5%) erotické stránky. Z celkového počtu 375 (100%) odpovědí respondentů z města s 50 tisíci a více obyvateli tvořilo 81 (22%) info/net, 75 (20%) hry v PC, 64 (17%) chatování, 46 (12%) škola, 39 (10%) programování, 38 (10%) on line hry, 17 (5%) erotické stránky a 15 (4%) možnost jiné. Z možnosti jiné tvořilo 6 poslech hudby, 4 stahování filmů, 4 tvorbu webových stránek a 1 možnost malování.

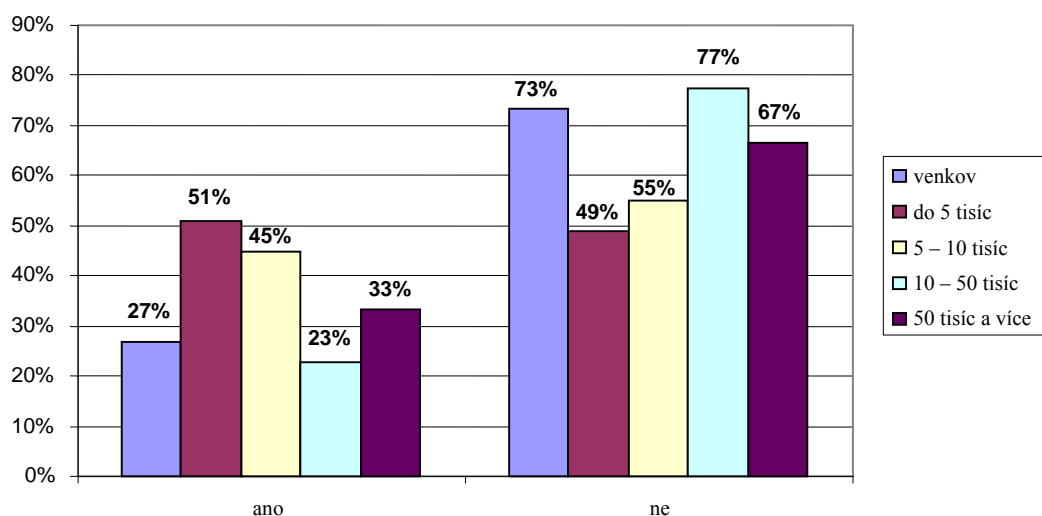
Graf 20: Zkušenost s výherními automaty (%)



zdroj: vlastní výzkum

Při srovnání jednotlivých odpovědí je zřejmé, že k výherním automatům inklinují žáci z menších měst, a to především z města do 5 tisíc obyvatel a s 5-10 tisíci obyvateli. 116 (100%) respondentů z venkova – 76 (66%) nemá zkušenost s výherními automaty, 32 (28%) má pouze zkušenost, 4 (3%) již nehrají, 3 (3%) hrají příležitostně a 1 (1%) žák hraje občas. 102 (100%) respondentů z města do 5 tisíc obyvatel – 55 (54%) nemá zkušenost, 36 (35%) dětí pouze hrát zkusilo, 5 (5%) již nehraje, 4 (4%) příležitostně a 2 (2%) hrají občas. Z celkového počtu 89 (100%) respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli – 50 (56%) nemá zkušenost, 31 (35%) má zkušenost, 6 (7%) hraje příležitostně, 1 (1%) žák hraje občas a 1 (1%) hraje rád. Z celkového počtu 84 (100%) respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli – 57 (68%) žáků nikdy nehrálo, 24 (29%) má pouze zkušenost, 2 (2%) hrají příležitostně a 1 (1%) chce hrát, ale nemůže. 120 (100%) respondentů z města s 50 tisíci a více obyvateli – 82 (68%) nikdy nehrálo, 32 (27%) má zkušenost, 4 (3%) hrají příležitostně, 1 (1%) žák již nehraje a 1 (1%) chce, ale nemůže.

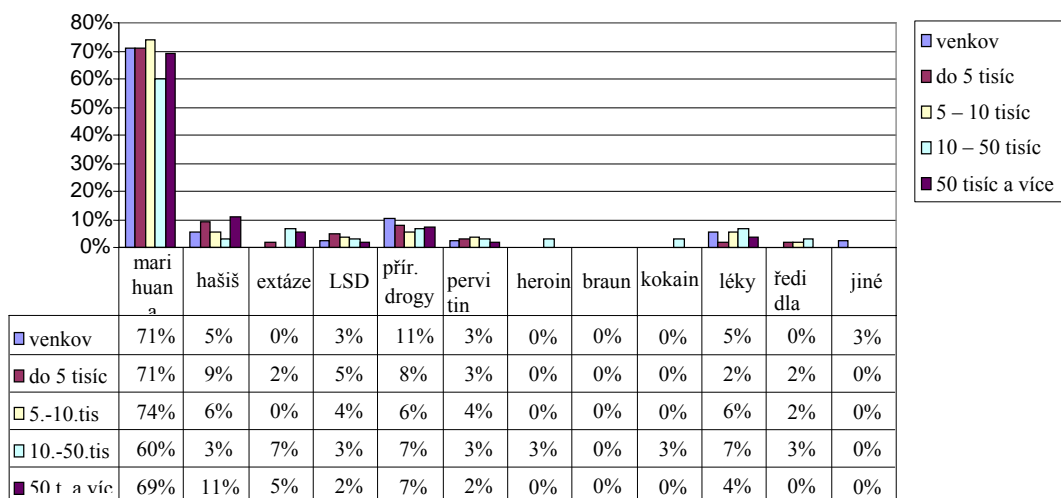
Graf 21a: Zkušenost s drogou (%)



zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda respondenti zkusili nějakou zakázanou drogu, odpovědělo kladně 52 (51%) a ne uvedlo 50 (49%) žáků z města do 5 tisíc obyvatel z celkového počtu 102 (100%) respondentů. Z 89 (100%) respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli odpovědělo ano 40 (45%) a ne 49 (55%) žáků. Z města s 50 tisíci a více obyvateli uvedlo ano 40 (33%) a ne 80 (67%) žáků z celkového počtu 120 (100%) respondentů. Ze 116 (100%) respondentů z venkova zkusilo drogu 31 (27%) a nezkusilo 85 (73%) dětí. Z města s 10-50 tisíci obyvateli uvedlo z celkového počtu 84 (100%) ano 19 (23%) a ne 65 (77%) žáků. Z tohoto srovnání vyplývá, že zkušenost s drogou mají převážně žáci pocházející z menších měst.

Graf 21b: Druh vyzkoušené drogy (%)

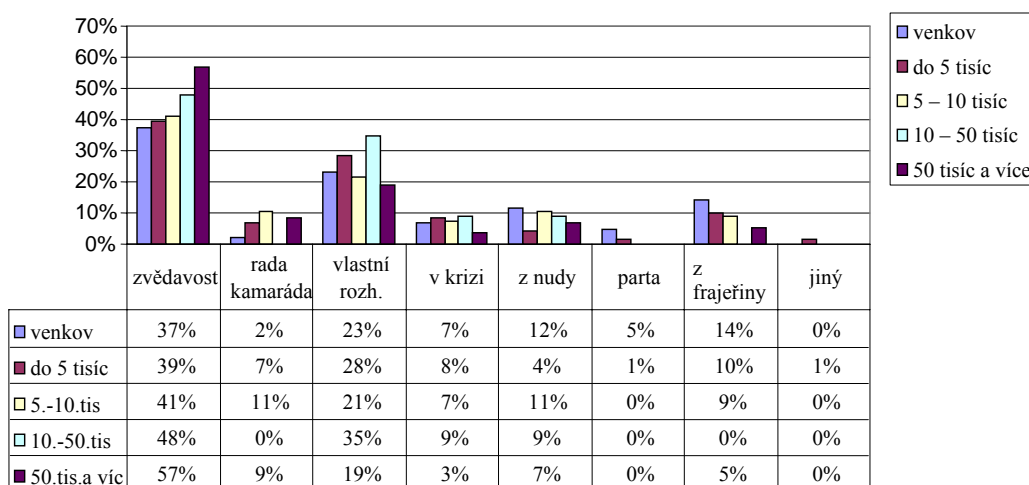


zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu odpovědí u jednotlivých oblastí (venkov – 56 (100%), město do 5 tisíc obyvatel – 65 (100%), město s 5-10 tisíci obyvateli – 54 (100%), město s 10-50 tisíci obyvateli – 30 (100%), město s 50 tisíci a více obyvateli – 55 (100%) odpovědí) byla nejvíce označována marihuana, a to u města s 5-10 tisíci obyvateli – 40 (74%) odpovědí, do 5 tisíc obyvatel – 46 (71%) odpovědí, venkov a město s 50 tisíci a více obyvateli zaznamenalo shodný počet 38 (69%) odpovědí a město s 10-50 tisíci obyvateli 18 (60%) odpovědí. Dále vysoké procento zkušenosti náleží hašiši – venkov a město s 50 tisíci a více obyvateli mělo shodný počet 6 (11%) odpovědí a město do 5 tisíc také 6 (9%) odpovědí. Město s 5-10 tisíci obyvateli 3 (6%) a město s 10-50 tisíci obyvateli tvořilo 1 (3%) odpověď. Přírodní drogy – město do 5 tisíc obyvatel 5 (8%), venkov a město s 50 tisíci a více obyvateli se shodovalo na počtu 4 (7%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli 3 (6%) odpovědi a město s 10-50 tisíci obyvateli 2 (7%) odpovědi. Léky – město s 5-10 tisíci obyvateli 3 (6%), město s 10-50 tisíci obyvateli 2 (7%), město s 50 tisíci a více obyvateli a venkov shodně 2 (4%) odpovědi, město do 5 tisíc obyvatel tvořilo 1 (2%) odpověď. Je velmi překvapivé zjištění, že žáci základních škol mají zkušenost i s takovými drogami, jako je extáze, LSD a pervitin. Extáze –

venkov a město s 50 tisíci a více obyvateli shodně zaznamenalo 3 (5%) odpovědi, město s 10-50 tisíci obyvateli 2 (7%) a město do 5 tisíc obyvatel 1 (2%) odpověď. LSD – město do 5 tisíc obyvatel 3 (5%) odpovědi, město s 5-10 tisíci obyvateli 2 (4%), město s 10-50 tisíci obyvateli 1 (3%) odpověď a venkov společně s městem s 50 tisíci a více obyvateli mělo stejný počet, tedy 1 (2%) odpověď. Pervitin – město s 5-10 tisíci obyvateli 2 (4%) odpovědi, město do 5 tisíc obyvatel také 2 (3%) odpovědi, město s 10-50 tisíci obyvateli 1 (3%) odpověď, venkov a město s 50 tisíci obyvateli mělo opět shodný počet odpovědí, tedy 1 (2%). Organická rozpouštědla – město s 10-50 tisíci obyvateli 1 (3%) odpověď, město do 5 tisíc obyvatel a město s 5-10 tisíci obyvateli se shodovalo na počtu 1 (2%) odpovědi. Heroin tvořila 1 odpověď z města s 10-50 tisíci obyvateli, 1 (3%) odpověď kokain z města s 10-50 tisíci obyvateli a 1 (3%) odpověď z venkova tvořila možnost jiné, kde respondent uvedl jed proti hlodavcům.

Graf 22: Důvod užití drogy (%)

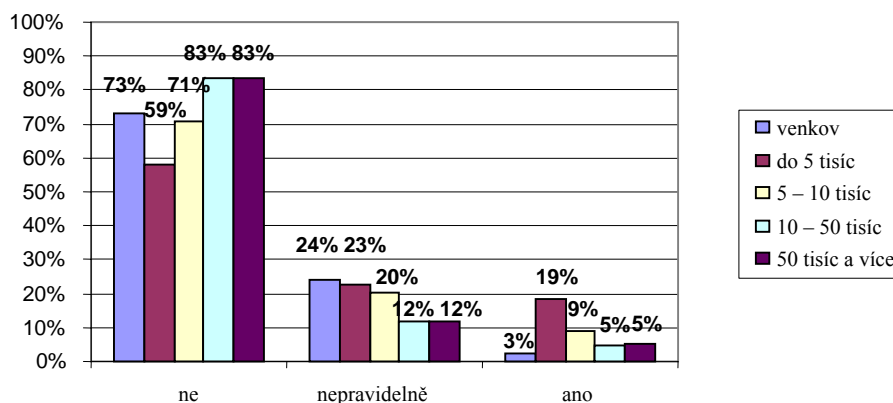


zdroj: vlastní výzkum

U této otázky je prokazatelné, že hlavní důvod užití drogy je zvědavost, která má největší procentuální zastoupení u velkých měst. Z celkového počtu 58 (100%) odpovědí tvořila zvědavost u města s 50 tisíci a více obyvateli 33 (57%) odpovědí, u města s 10-50 tisíci obyvateli 11 (48%) odpovědí z celkového počtu 23 (100%)

odpovědí, u města s 5-10 tisíci obyvateli 23 (41%) odpovědí z celkového počtu 56 (100%) odpovědí, u města do 5 tisíc obyvatel se jednalo o 28 (39%) odpovědí z celkového počtu 71 (100%) odpovědí a z venkova 16 (37%) odpovědí z celkového počtu 43 (100%) odpovědí. Z vlastního rozhodnutí děti nejvíce užily drogu ve městě s 10-50 tisíci obyvateli, kde bylo uvedeno 8 (35%) odpovědí, u města do 5 tisíc obyvatel 20 (28%) odpovědí, u venkova 10 (23%) odpovědí, u města s 5-10 tisíci obyvateli 12 (21%) odpovědí a u města s 50 tisíci a více obyvateli 11 (19%) odpovědí. Naopak z frajeřiny tvořil největší procento odpovědí venkov, tedy 6 (14%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel 7 (10%) odpovědí, město s 5-10 tisíc obyvateli 5 (9%) odpovědí a město s 50 tisíci a více obyvateli 3 (5%) odpovědi. Možnost užití drogy z nudy tvořilo město s 5-10 tisíci obyvateli 6 (11%) odpovědí, venkov 5 (12%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli 4 (7%) odpovědi, město do 5 tisíc obyvatel 3 (4%) odpovědi a město s 10-50 tisíci obyvateli 2 (9%) odpovědi. Možnost krize a na radu kamaráda získala shodný počet odpovědí. Na radu kamaráda tvořilo město s 5-10 tisíci obyvateli 6 (11%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli 5 (9%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel 5 (7%) odpovědí a venkov 1 (2%) odpověď. Z důvodu krize uvedly děti z města do 5 tisíc obyvatel 6 (8%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli 4 (7%) odpovědi, venkov 3 (7%) odpovědi, město s 10-50 tisíci obyvateli 2 (9%) odpovědi a město s 50 tisíci a více obyvateli též 2 (3%) odpovědi. Jako důvod užití drogy uvedl venkov a město do 5 tisíc obyvatel partu. Venkov 2 (5%) odpovědi a město do 5 tisíc obyvatel 1 (1%) odpověď. Možnost jiné tvořila 1 (1%) odpověď u města do 5 tisíc obyvatel, kde žák uvedl radost z ubližování vlastní osoby.

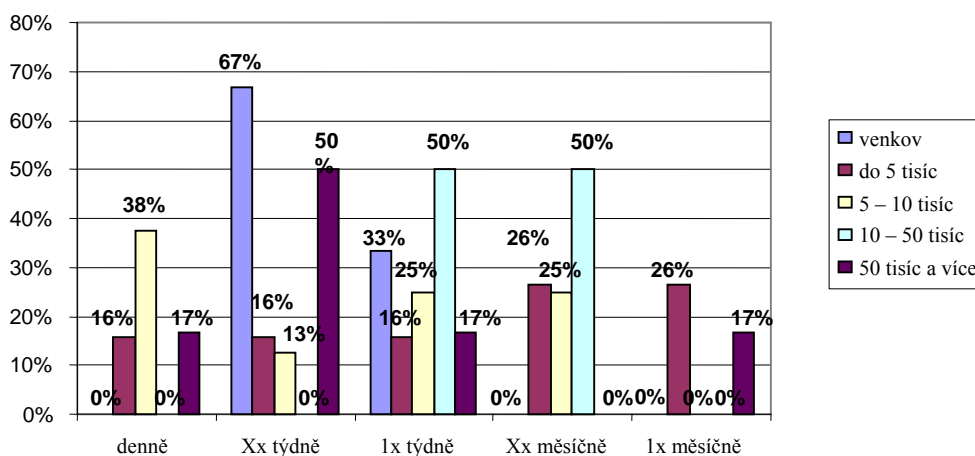
Graf 23a: Opakované užití drogy (%)



zdroj: vlastní výzkum

Při srovnání odpovědí na otázku, zda respondenti užíli nějakou drogu opakovaně, je překvapivé, že větší procento opakovaných uživatelů drog se objevuje mezi žáky menších měst. Ze 116 (100%) žáků z venkova uvedlo 28 (24%) nepravidelné užití drogy, 3 (3%) pravidelné užití a 85 (73%) žáků drogu opakovaně neužilo. Ze 102 (100%) žáků z města do 5 tisíc obyvatel zkusilo drogu vícekrát 24 (23%) dětí, 19 (19%) užívalo drogu pravidelně a 59 (59%) nemá s opakovaným bráním drogy zkušenost. Z 89 (100%) žáků z města s 5-10 tisíci obyvateli 18 (20%) užívalo drogu nepravidelně, 8 (9%) pravidelně a 63 (71%) dětí opakovaně drogu nezkusilo. Z 84 (100%) dětí z města s 10-50 tisíci obyvateli užílo 10 (12%) nepravidelně, 4 (5%) pravidelně a 70 (83%) drogu neužilo. Ze 120 (100%) žáků z města s 50 tisíci a více obyvateli 14 (12%) uvedlo nepravidelné užívání drogy, 6 (5%) pravidelné a 100 (83%) opakovaně drogu nikdy nezkusilo.

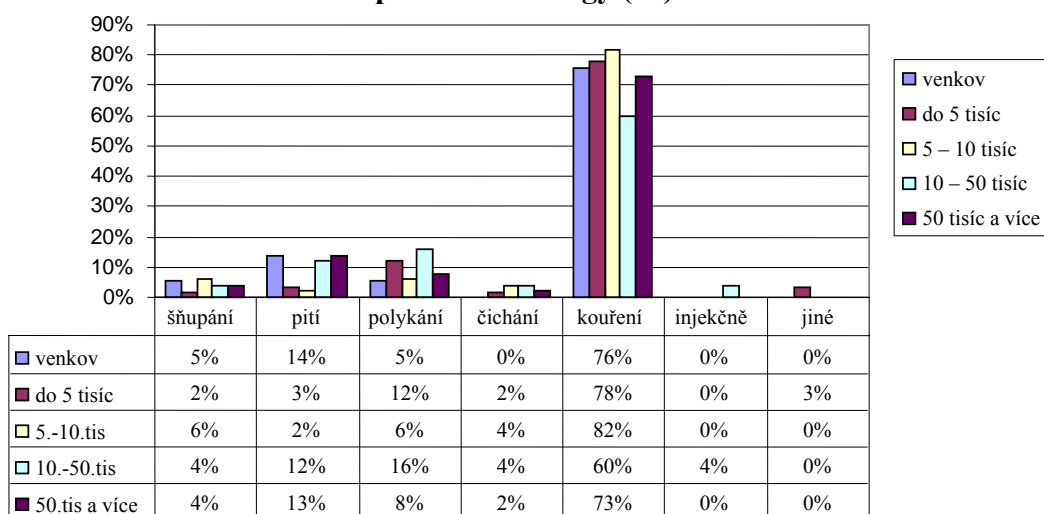
Graf 23b: Četnost užívání drogy (%)



zdroj: vlastní výzkum

Graf uvádí odpovědi pouze těch respondentů, kteří v otázce 26a zvolili možnost pravidelného užívání drog. Nejrizikovější skupinou je město do 5 tisíc obyvatel, město s 5-10 tisíci obyvateli a město s 50 tisíci a více obyvateli, kde žáci uvedli pravidelné každodenní užívání drog (město do 5 tisíc obyvatel – 3 (16%) žáci z celkového počtu 19 (100%) žáků, město s 5-10 tisíci obyvateli – 3 (38%) žáci z celkového počtu 8 (100%) žáků, město s 50 tisíci a více obyvateli – 1 (17%) žák z celkového počtu 6 (100%) žáků). Několikrát týdně užívali drogu 3 (16%) žáci z města s 5-10 tisíci obyvateli, 3 (50%) žáci z města s 50 tisíci a více obyvateli, 2 (67%) žáci z venkova a 1 (13%) žák z města s 10-50 tisíci obyvateli. Jedenkrát týdně užívali drogu 3 (16%) žáci z města do 5 tisíc obyvatel, 2 (25%) žáci z města s 5-10 tisíci obyvateli, 2 (50%) žáci z města s 10-50 tisíci obyvateli, 1 (33%) z venkova a 1 (17%) z města s 50 tisíci a více obyvateli. Možnost několikrát měsíčně označilo 5 (26%) žáků z města do 5 tisíc obyvatel, 2 (25%) žáci z města s 5-10 tisíci obyvateli a 2 (50%) žáci z města s 10-50 tisíci obyvateli. Jedenkrát týdně drogu užívalo 5 (26%) dětí z města do 5 tisíc obyvatel a 1 (17%) dítě z města s 50 tisíci a více obyvateli.

Graf 24: Způsob užití drogy (%)

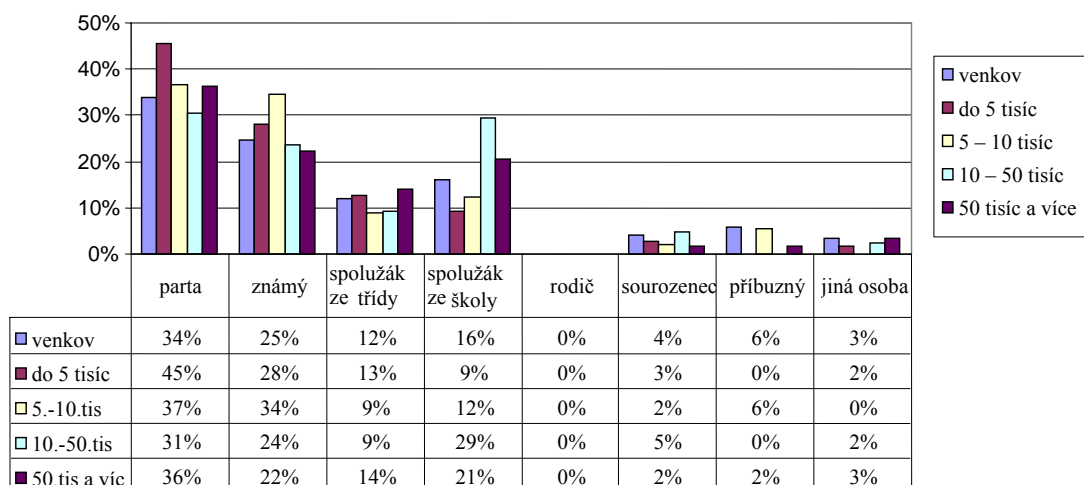


zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu odpovědí má největší procentuální zastoupení, a tedy byla dětmi nejvíce označována možnost kouření u všech jednotlivých oblastí (město s 5-10 tisíci obyvateli – 40 (82%) odpovědí z celkového počtu 49 (100%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel – 46 (78%) odpovědí z celkového počtu 59 (100%) odpovědí, venkov – 28 (76%) odpovědí z celkového počtu 37 (100%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli – 38 (73%) odpovědí z celkového počtu 52 (100%) odpovědí, město s 10-50 tisíci obyvateli – 15 (60%) odpovědí z celkového počtu 25 (100%) odpovědí). Jako další způsob užití drogy děti uváděly polykání (město s 10-50 tisíci obyvateli – 4 (16%) odpovědi, město do 5 tisíc obyvatel – 7 (12%) odpovědi, město s 50 tisíci a více obyvateli – 4 (8%) odpovědi, město s 5-10 tisíci obyvateli – 3 (6%) odpovědi, venkov – 2 (5%) odpovědi). Možnost pití tvořilo 5 (14%) odpovědí u venkova, 7 (13%) odpovědí u města s 50 tisíci a více obyvateli, 3 (12%) odpovědi u města s 10-50 tisíci obyvateli, 2 (3%) odpovědi u města do 5 tisíc obyvatel a 1 (2%) odpověď u města s 5-10 tisíci obyvateli. Šňupání tvořily 3 (6%) odpovědi z města s 5-10 tisíci obyvateli, 2 (5%) odpovědi z venkova, 2 (4%) z města s 50 tisíci a více obyvateli, 1 (4%) odpověď z města s 10-50 tisíci obyvateli a 1 (2%) z města do 5 tisíc obyvatel. Čichání tvořily 2 (4%) odpovědi z města s 5-10 tisíci obyvateli, 1 (4%) odpověď z města s 10-50 tisíci

obyvateli a shodný počet odpovědí, tedy 1 (2%) odpověď mělo město do 5 tisíc obyvatel a město s 50 tisíci a více obyvateli. 1 (4%) odpověď tvořila možnost injekčního užití drogy u města s 10-50 tisíci obyvateli a 2 (3%) odpovědi možnost jiné u města do 5 tisíc obyvatel, kdy respondenti uvedli aplikaci drogy pod jazyk.

Graf 25: Zdroj drogy (%)

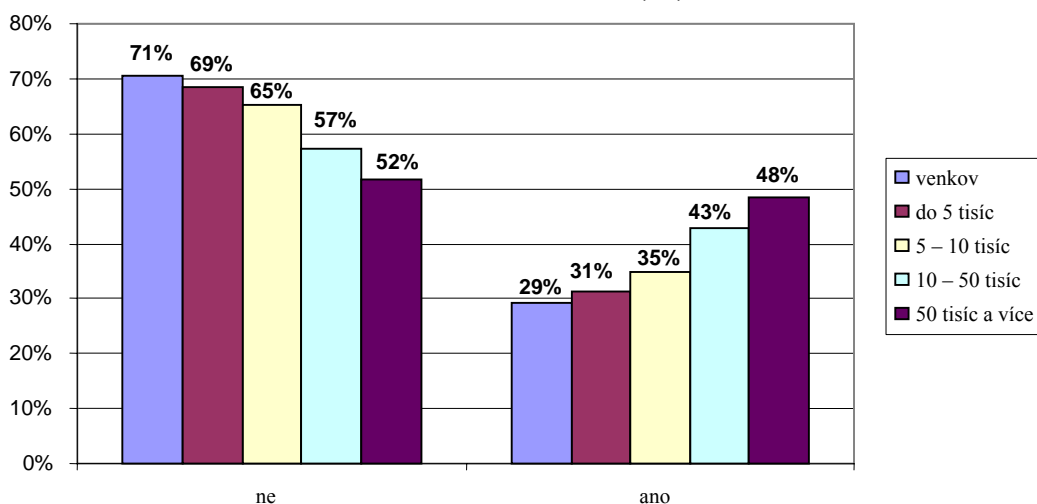


zdroj: vlastní výzkum

Z vyhodnocení této otázky je zřejmé, že z celkového počtu odpovědí (venkov – 118 (100%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel – 110 (100%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli – 90 (100%) odpovědí, město s 10-50 tisíci obyvateli – 85 (100%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli – 119 (100%) odpovědí) nejvíce děti získávají drogu od kamarádů z party a případně od známých. Venkov – 40 (34%) odpovědí parta, 29 (25%) známý, 19 (16%) spolužák ze školy, 14 (12%) spolužák ze třídy, 7 (6%) příbuzný, 5 (4%) sourozenec a 4 (3%) odpovědi tvořily možnost jiné, kde respondenti ve dvou případech uvedli drogového dealera a ve dvou případech internet. Město do 5 tisíc obyvatel – 50 (45%) parta, 31 (28%) známý, 14 (13%) spolužák ze třídy, 10 (9%) spolužák ze školy, 3 (3%) sourozenec a 2 (2%) odpovědi tvořily možnost jiné, kdy žáci uvedli jako zdroj drogy hospodského a drogového dealera. Město s 5-10 tisíci obyvateli – 33 (37%) parta, 31 (34%) známý, 11 (12%) spolužák ze školy, 8 (9%) spolužák ze

třídy, 5 (6%) příbuzný a 2 (2%) sourozenec. Město s 10-50 tisíci obyvateli – 26 (31%) parta, 25 (29%) spolužák ze školy, 20 (24%) známý, 8 (9%) spolužák ze třídy, 4 (5%) sourozenec a 2 (2%) odpovědi tvořily možnost jiné osoby, kde byl uveden drogový dealer. Město s 50 tisíci a více obyvateli – 44 (36%) parta, 27 (22%) známý, 25 (21%) spolužák ze školy, 17 (14%) spolužák ze třídy, 2 (2%) sourozenec, 2 (2%) příbuzný a 4 (3%) jiná osoba. V možnosti jiné žáci uvedli přítele, drogového dealera a ve dvou případech internet.

Graf 26a: Zkušenost s šikanou (%)

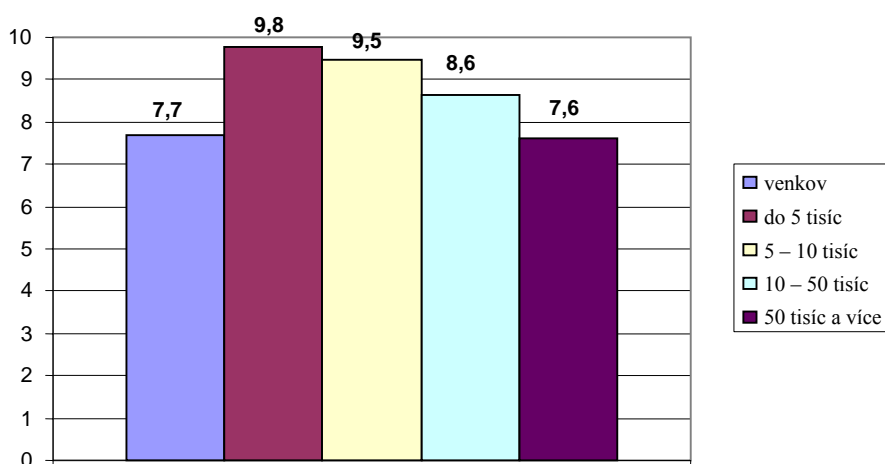


zdroj: vlastní výzkum

Při srovnání odpovědí na otázku, zda mají respondenti zkušenost s šikanou, je prokazatelné, že žáci pocházející z větších měst se s tímto jevem dostávají do kontaktu o mnoho více než žáci z menších měst. Procento výskytu šikany se zvyšuje v návaznosti na velikost místa bydliště. Z celkového počtu 120 (100%) respondentů z města s 50 tisíci a více obyvateli má zkušenost s šikanou 58 (48%) dětí a 62 (52%) nemá. Z celkového počtu 84 (100%) respondentů z města s 10-50 tisíci obyvateli odpovědělo ano 36 (43%) a ne 48 (57%) dětí. Z 89 (100%) respondentů z města s 5-10 tisíci obyvateli má zkušenost 31 (35%) dětí a 58 (65%) nemá. Ze 102 (100%) respondentů z města do 5

tisíc obyvatel uvedlo ano 32 (31%) žáků a ne 70 (69%). Ze 116 (100%) respondentů z venkova má zkušenost 34 (29%) žáků a 82 (71%) je bez zkušenosti.

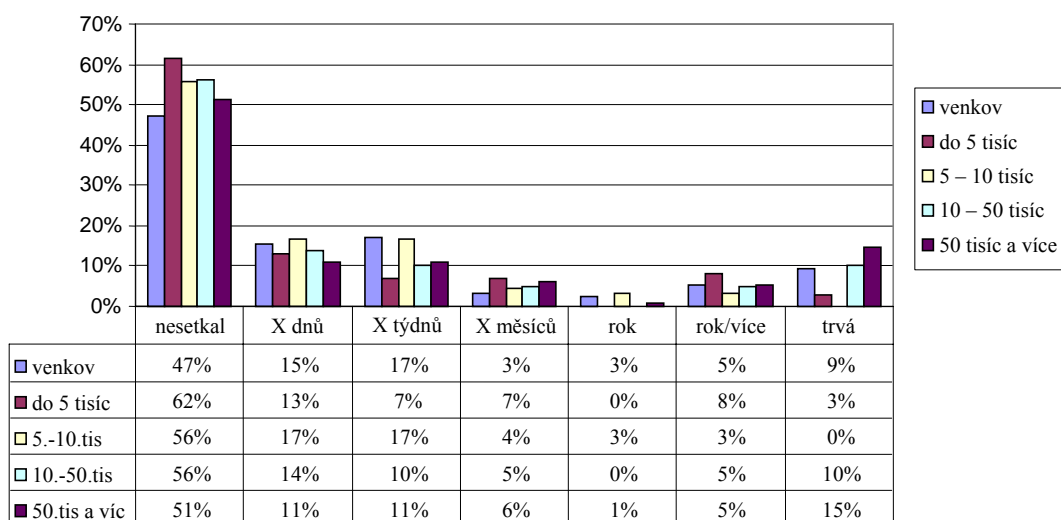
Graf 26b: Průměrný věk zkušenosti s šikanou (%)



zdroj: vlastní výzkum

Dle vyhodnocení dotazníku je zřejmé, že věková hranice zkušenosti s šikanou dosahuje kritických hodnot u města s 50 tisíci a více obyvateli, kde věkový průměr činí 7,6 let a u venkova 7,7 let. U města s 10-50 tisíci obyvateli se jedná o 8,6 let, u města s 5-10 tisíci obyvateli 9,5 let a u města do 5 tisíc obyvatel 9,8 let.

Graf 27: Celková doba trvání šikany (%)

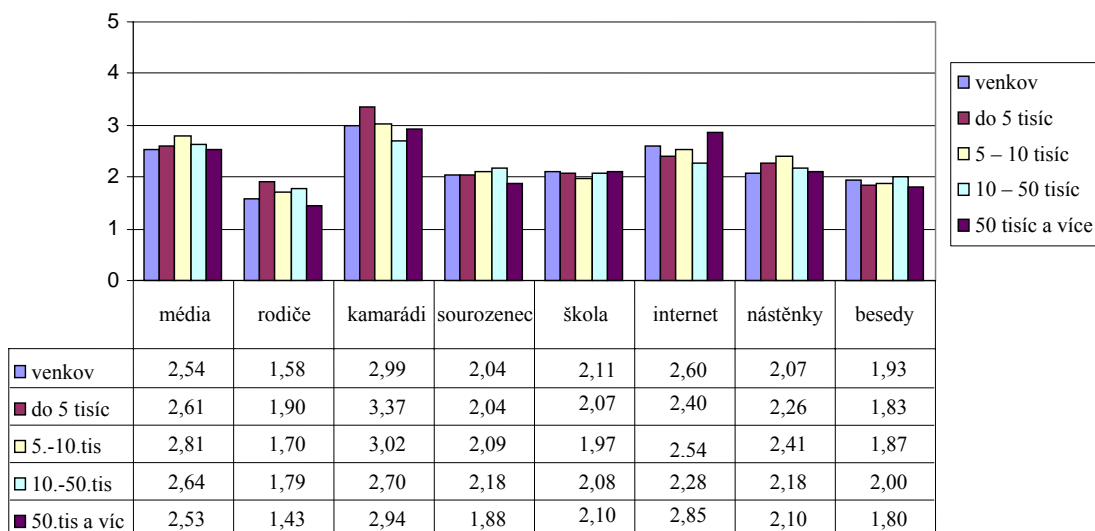


zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu odpovědí (venkov – 117 (100%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel – 99 (100%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli – 90 (100%) odpovědí, město s 10-50 tisíci obyvateli – 80 (100%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli – 117 (100%) odpovědí) trvala šikana převážně několik dnů, případně týdnů, a to u venkova a města s 5-10 tisíci obyvateli. Rizikovou oblastí je též město s 50 tisíci a více obyvateli, kde šikana ve velké míře stále trvá. Venkov – 55 (47%) odpovědí tvořilo možnost nesetkal, 20 (17%) několik týdnů, 18 (15%) několik dnů, 11 (9%) šikana stále trvá, 6 (5%) rok a více, 4 (3%) několik měsíců a 3 (3%) odpovědi tvořily možnost rok. Město do 5 tisíc obyvatel – 61 (62%) odpovědí uvádělo možnost nesetkal, 13 (13%) několik dnů, 8 (8%) rok a více, shodný počet 7 (7%) odpovědí tvořila možnost několik dnů a několik týdnů a 3 (3%) odpovědi uváděly stálé trvání šikany. Město s 5-10 tisíci obyvateli – 50 (56%) odpovědí se týkalo možnosti nesetkal, možnost několik dnů a několik týdnů mělo shodný počet 15 (17%) odpovědí, 4 (4%) několik měsíců, rok a rok a více shodně 3 (3%) odpovědi. Město s 10-50 tisíci obyvateli – 45 (56%) odpovědí tvořilo možnost nesetkal, 11 (14%) několik dnů, shodný počet 8 (10%) odpovědí měla možnost několik týdnů a stálé trvání šikany, též shodný počet 4 (5%) odpovědí se týkal

několika měsíců a roku a více. Město s 50 tisíci a více obyvateli – 60 (51%) odpovědí tvořila možnost nesetkal, 17 (13%) odpovědí se týkalo stálého trvání šikany, shodný počet odpovědí měla možnost několik dnů a několik týdnů, 7 (6%) několik měsíců, 6 (5%) rok a více a 1 (1%) odpověď uváděla rok.

Graf 28: Hodnocení informací o tabákových výrobcích (%)

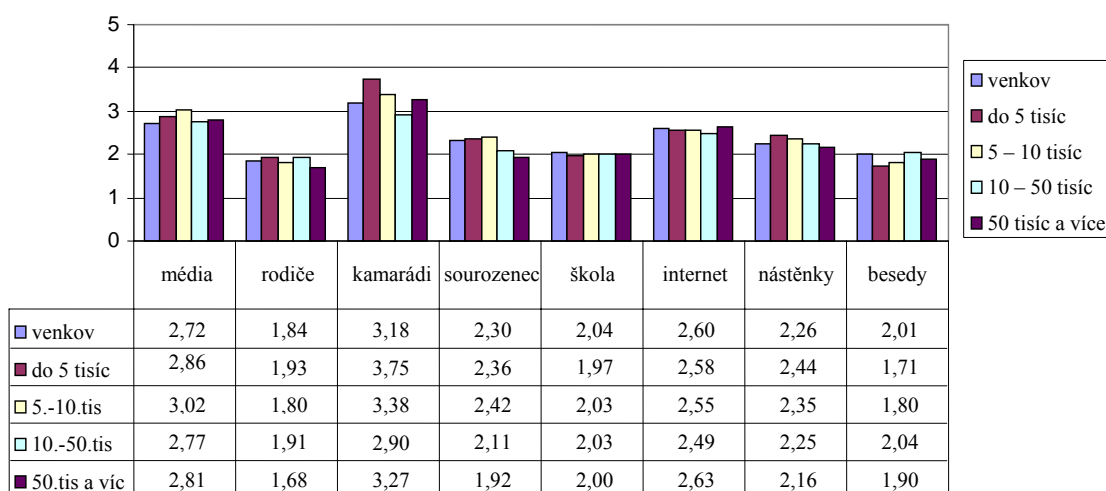


zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku měli respondenti pomocí škály zhodnotit informovanost o tabákových výrobcích. Průměrné hodnocení respondentů z venkova – kamarádi 2,99, internet 2,60, média 2,54, škola 2,11, nástěnky 2,07, sourozenec 2,04, besedy 1,93, rodiče 1,58. Respondenti z města do 5 tisíc obyvatel – kamarádi 3,37, média 2,61, internet 2,40, nástěnky 2,26, škola 2,07, sourozenec 2,04, rodiče 1,90, besedy 1,83. Respondenti z města s 5-10 tisíci obyvateli – kamarádi 3,02, média 2,81, internet 2,54, nástěnky 2,41, sourozenec 2,09, škola 1,97, besedy 1,87, rodiče 1,70. Respondenti z města s 10-50 tisíci obyvateli – kamarádi 2,70, média 2,64, internet 2,28, nástěnky 2,18, sourozenec 2,18, škola 2,08, besedy 2, 1,79 rodiče. Město s 50 tisíci a více obyvateli – kamarádi 2,94, internet 2,85, média 2,53, nástěnky 2,10, škola 2,10, sourozenec 1,88, besedy 1,80, rodiče 1,43. Z tohoto srovnání vyplývá, že nejvíce informací získávají děti

od kamarádů, z internetu a případně z médií. Naopak informovanost ze strany rodičů je u všech dětí bez závislosti na velikosti místa bydliště nejnižší.

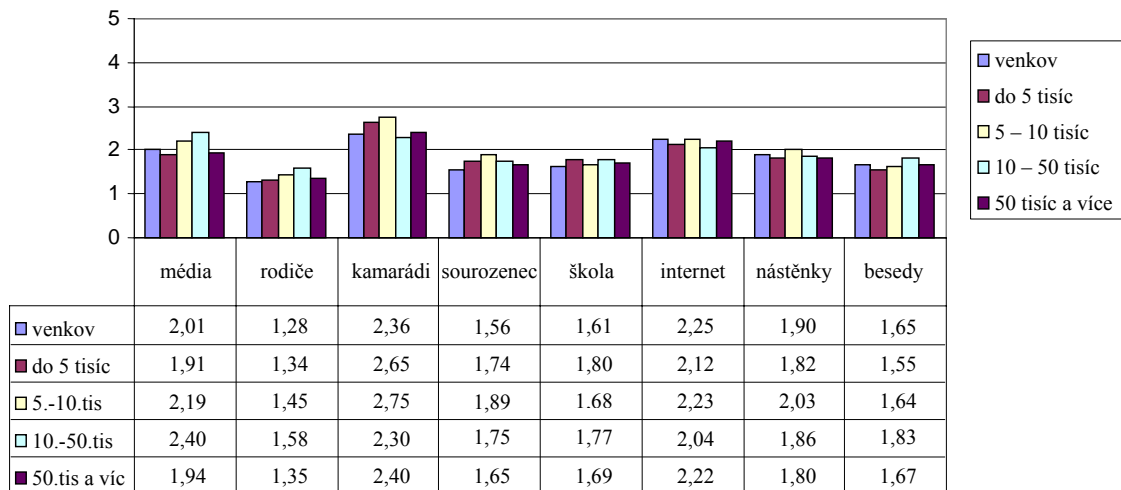
Graf 29: Hodnocení informací o alkoholu (%)



zdroj: vlastní výzkum

V dotazníku měli respondenti pomocí škály zhodnotit informovanost o alkoholu. Průměrné zhodnocení informací žáků z venkova – kamarádi 3,18, média 2,72, internet 2,60, sourozenec 2,30, nástěnky 2,26, škola 2,04, besedy 2,01, rodiče 1,84. Žáci z města do 5 tisíc obyvatel – kamarádi 3,75, média 2,86, internet 2,58, nástěnky 2,44, sourozenec 2,36, škola 1,97, rodiče 1,93, besedy 1,71. Žáci z města s 5-10 tisíci obyvateli – kamarádi 3,38, média 3,02, internet 2,55, sourozenec 2,42, nástěnky 2,35, škola 2,03, rodiče 1,80, besedy 1,80. Žáci z města s 10-50 tisíci obyvateli – kamarádi 2,90, média 2,77, internet 2,49, nástěnky 2,25, sourozenec 2,11, besedy 2,04, škola 2,03, rodiče 1,91. Žáci z města s 50 tisíci a více obyvateli – kamarádi 3,27, média 2,81, internet 2,63, nástěnky 2,16, škola 2, sourozenec 1,92, besedy 1,90, rodiče 1,68. Na základě vyhodnocení je opět zřejmé, že rodiče jako zdroj informací působí na děti ze všech oblastí nejméně. Naopak silné zastoupení mají kamarádi a média.

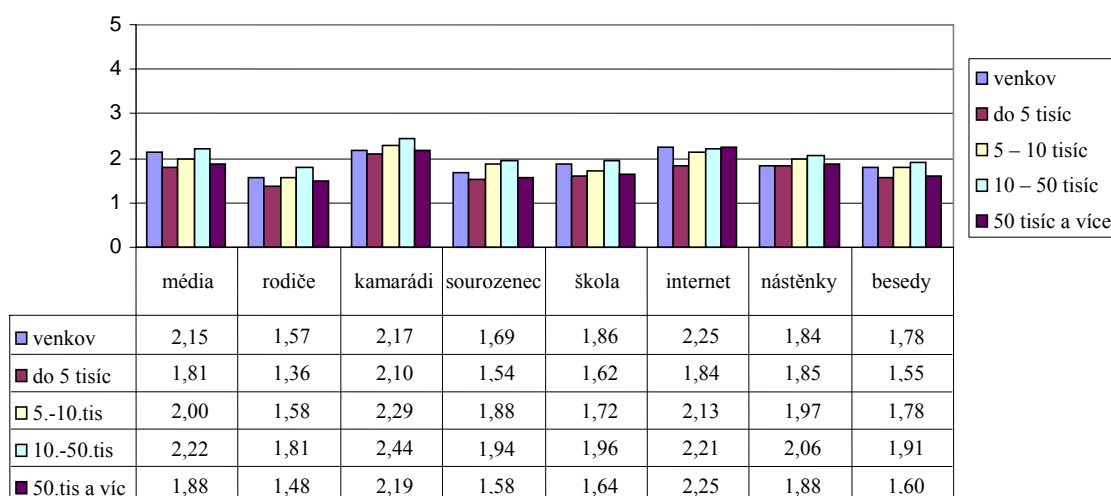
Graf 30: Hodnocení informací o drogách (%)



zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti pomocí škály zhodnotit informace o zakázaných drogách. Průměrné zhodnocení informací respondentů z venkova – kamarádi 2,36, internet 2,25, média 2,01, nástěnky 1,90, besedy 1,65, škola 1,61, sourozenec 1,56, rodiče 1,28. Město do 5 tisíc obyvatel – kamarádi 2,65, internet 2,12, média 1,91, nástěnky 1,82, škola 1,80, sourozenec 1,74, besedy 1,55, rodiče 1,34. Město s 5-10 tisíci obyvateli – kamarádi 2,75, internet 2,23, média 2,19, nástěnky 2,03, sourozenec 1,89, škola 1,68, besedy 1,64, rodiče 1,45. Město s 10-50 tisíci obyvateli – média 2,40, kamarádi 2,30, internet 2,04, nástěnky 1,86, besedy 1,83, škola 1,77, sourozenec 1,75, rodiče 1,58. Město s 50 tisíci a více obyvateli – kamarádi 2,40, internet 2,22, média 1,94, nástěnky 1,80, škola 1,69, besedy 1,67, sourozenec 1,65, rodiče 1,35. Z těchto výsledků opět vyplývá, že děti bez závislosti na velikosti místa bydliště dávají přednost získávání informací od kamarádů, z internetu a médií.

Graf 31: Hodnocení informací o šikaně (%)



zdroj: vlastní výzkum

V této otázce měli respondenti pomocí škály zhodnotit informace o šikaně. Průměrné zhodnocení informací respondentů z venkova – internet 2,25, kamarádi 2,17, média 2,15, škola 1,86, nástěnky 1,84, besedy 1,78, sourozenec 1,69, rodiče 1,57. Respondenti z města do 5 tisíc obyvatel – kamarádi 2,10, nástěnky 1,85, internet 1,84, média 1,81, škola 1,62, besedy 1,55, sourozenec 1,54, rodiče 1,36. Respondenti z města s 5-10 tisíci obyvateli – kamarádi 2,29, internet 2,13, média 2, nástěnky 1,97, sourozenec 1,88, besedy 1,78, škola 1,72, rodiče 1,58. Respondenti z města s 10-50 tisíci obyvateli – kamarádi 2,44, média 2,22, internet 2,21, nástěnky 2,06, škola 1,96, sourozenec 1,94, besedy 1,91, rodiče 1,81. Respondenti z města s 50 tisíci a více obyvateli – internet 2,25, kamarádi 2,19, média 1,88, nástěnky 1,88, škola 1,64, besedy 1,60, sourozenec 1,58, rodiče 1,48. Z tohoto vyhodnocení je patrné, že mezi jednotlivými zdroji informací o šikaně nejsou mezi městy výrazné rozdíly.

5. DISKUSE

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat situaci výskytu vybraného rizikového chování u dětí na 2. stupni základních škol z hlediska velikosti místa bydliště v Jihočeském kraji.

Každá škola se potýká více či méně s problémy souvisejícími s šikanou, drogami, kouřením, gamblingem a jinými typy rizikového chování. Četnost a druh rizikového chování je velice ovlivněn místem, kde dítě vyrůstá, a jaké má možnosti přístupu k danému zdroji zmíněného chování. Škola se musí této problematice postavit a využívat všechny možné dostupné varianty řešení, jako jsou preventivní programy, besedy, přednášky a začlenění daného tématu do výuky.

První tři otázky měly informativní charakter. Bylo zjištěno, že 116 respondentů pochází z venkova, 102 respondentů z města do 5 tisíc obyvatel, 89 z města s 5-10 tisíci obyvateli, 84 z města s 10-50 tisíci obyvateli a 120 z města s 50 tisíci obyvateli a více. Celkem vyplnilo dotazník 266 dívek a 245 chlapců, jejichž procentuální zastoupení bylo v jednotlivých oblastech přibližně stejné. Věkové rozmezí žáků se pohybovalo mezi 12-16 lety. Celkově se jednalo o 511 žáků 2. stupně základních škol.

Na základě vyhodnocení čtvrté otázky jsem zjistila, že subjektivní hodnocení prospěchu u žáků základních škol dosahuje hodnot v rozmezí 2,2 – 2,6. Mezi jednotlivými oblastmi se neobjevily příliš velké rozdíly.

Výsledky výzkumů ukazují, že dobrá spolupráce rodiny a školy zlepšuje motivaci dětí pro učení a jejich výsledky ve škole (4). Děti by měly být pozitivně motivovány, měly by chápat význam školního vzdělávání a škola by se proto měla snažit začlenit do výuky takové prvky, které by žáky vedly k pozitivnímu přístupu k vzdělání.

Dospívající jedince lze charakterizovat jako emočně nestabilní, kteří ještě nemají vytvořenou pevnou hierarchii hodnot a na základě informací z vnějšku si ji prostřednictvím vlastní interpretace teprve ucelují. U této věkové skupiny se často vyskytují změny nálad, konflikty s dospělými a vnitřní přesvědčení o naprosté pravdivosti vlastních názorů (6).

V páté otázce děti uváděly převážně kladné odpovědi, pouze u města do 5 tisíc obyvatel byla ve třech případech zaznamenána dlouhodobá krize.

Škola je po rodině druhým nejvýznamnějším socializačním činitelem a institucí, která ovlivňuje osobnost, vztahy a běžnou každodenní zkušenost dospívajících (17). V šesté otázce měli žáci uvést, jak se ve škole cítí. V žádné z oblastí se na základě vyhodnocení dotazníku neobjevily velké rozdíly. Subjektivní hodnocení školní atmosféry se pohybovalo v rozmezí 2,17 – 2,44, kdy nejnižší hodnoty vykazovala města nad 10 tisíc obyvatel.

Dle Macka se hodnocení školní atmosféry s věkem žáků postupně zhoršuje, a to zejména pokud se jedná o demokratičnost a vnímavou podporu ze strany učitelů. Žáci negativně hodnotí schopnost naslouchat kritice ve vztahu k vyučování, mocenský přístup a bagatelizování projevovaných potřeb (17).

Pokud měly děti hodnotit svůj vztah k rodinnému prostředí, byly převážně zaznamenávány pozitivní odpovědi. Nejvyšší počet negativních odpovědí se vyskytl u dětí pocházejících z měst nad 10 tisíc obyvatel.

Dle Hály rodina představuje zmenšený model společnosti, zprostředkovává člověku nepřeborné množství reakcí, učí, jakým způsobem se chovat k ostatním bez obavy ze sankcí za porušení psaných i nepsaných pravidel. Určuje řád a dává mantinely, ve kterých se dítě může více či méně libovolně pohybovat (6).

Při srovnání odpovědí na otázku, zda mají respondenti zkušenost s alkoholem, jsem došla k zjištění, že téměř všechny děti již alkohol ochutnaly. Je velmi alarmující, že v tak útlém věku mají děti 2. stupně základní školy zkušenost s drogou jako je alkohol. Z venkova označilo ano 104 (90%) respondentů, z města do 5 tisíc obyvatel 88 (86%) respondentů, z města s 5-10 tisíci obyvateli 81 (91%) respondentů, z města s 10-50 tisíci obyvateli 73 (87%) respondentů a z města s 50 tisíci a více obyvateli 106 (88%) respondentů.

Mé výsledky se shodují s výzkumem „Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže“ provedeného Katedrou sociální práce a sociální politiky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v roce 2005 u žáků základních škol a víceletých gymnázií

v Jihočeském kraji, kdy bylo zjištěno, že zkušenost s konzumací alkoholu má 82,8% dotazovaných dětí (60).

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých mají velký vliv na utváření postojů dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití jako společensky schvalovanou součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav (3). Jak uvádí Nešpor, závislost na alkoholu se u dětí a dospívajících rozvíjí mnohem rychleji než v pozdějších letech (26).

Z mého výzkumu vyplynulo, že první zkušenost s alkoholem měli žáci v průměrném věku 8,93 let, a to ve městě s 10-50 tisíci obyvateli. Venkov vykazoval průměr 9,54 let, město s 50 tisíci a více obyvateli 9,73 let, město s 5-10 tisíci obyvateli 10,08 let a město do 5 tisíc obyvatel 10,21 let.

Na otázku, zda mají respondenti zkušenost s opilostí, odpověděli kladně převážně žáci z menších měst, kde je konzumace alkoholu nezletilých velice častá. Z města do 5 tisíc obyvatel odpovědělo ano 70 (70%) respondentů, z města s 5-10 tisíci obyvateli 60 (67%) respondentů, z venkova 56 (48%) respondentů, z města s 50 tisíci a více obyvateli 54 (45%) respondentů a z města s 10-50 tisíci obyvateli 35 (42%) respondentů.

Na základě vyhodnocení dotazníku jsem dále zjistila, že nejvíce preferovaným místem konzumace alkoholu je prostředí venku, a to bez závislosti na velikosti místa bydliště. Jako další oblíbené místo děti uváděly domov, což je velmi závažná skutečnost, jež vyžaduje pozornost a možné řešení. Rodiče jsou nejdůležitějším článkem pro mladého člověka a měli by mu jít příkladem. Měli by často vštěpovat svým dětem finanční, zdravotní, ale i sociální rizika spojená s alkoholem. Již od útlého věku by v nich měli pěstovat přesvědčení, že nadměrná konzumace alkoholu není pro život a budoucnost dobrá (12). Následně žáci volili hospodu, bar/hernu a nejmenší procentuální zastoupení měly oslavy.

Při srovnání odpovědí na otázku, jak často respondenti pijí alkohol, je zřejmé, že převážná většina žáků pije příležitostně a dokonce se i občasně opijí. Rozdíly v jednotlivých oblastech nejsou markantní, pouze u města s 5-10 tisíci obyvateli se

objevily varovné signály občasné opilosti u 28 (31%) žáků. Z venkova konzumuje alkohol příležitostně 77 (66%) dětí, z města do 5 tisíc obyvatel 70 (69%) dětí, z města s 5-10 tisíci obyvateli 55 (62%) dětí, z města s 10-50 tisíci obyvateli 50 (60%) dětí a z města s 50 tisíci obyvateli a více 82 (68%) dětí.

V případě konzumace alkoholu u dětí hraje podstatnou roli jeho snadná dostupnost v prodejnách, stáncích, ale i v restauracích a barech. Tato rizika se objevují častěji u menších měst, kde prevence a kontrola pití alkoholických nápojů u nezletilých dětí nedosahuje takové intenzity jako ve velkých městech. Myslím si, že by měly být zpřísněné postihy pro prodejce alkoholických nápojů, kteří nedodržují zákaz prodeje alkoholu osobám mladším 18 let.

Ve svém výzkumu jsem se též zabývala frekvencí konzumace tabákových výrobků. Na tuto otázku děti odpovídaly převážně kladně, tedy že kouřit alespoň zkusily nebo kouří pravidelně. U venkova má zkušenost s kouřením 47 (41%) žáků, u města do 5 tisíc obyvatel 30 (29%) žáků, u města s 5-10 tisíci obyvateli 31 (34%) žáků, u města s 10-50 tisíci obyvateli 28 (33%) žáků a u města s 50 tisíci a více obyvateli 44 (37%) žáků. U respondentů z města do 5 tisíc obyvatel byla zaznamenána dokonce u 23 (23%) žáků pravidelná konzumace tabákových výrobků, a to nad 5 cigaret denně. Z hlediska návaznosti na velikost místa bydliště je nejvíce konzumentů tabákových výrobků v městech do 10 tisíc obyvatel.

Na základě výzkumu „Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže“ provedeného Katedrou sociální práce a sociální politiky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v roce 2005 u žáků základních škol a víceletých gymnázií v Jihočeském kraji bylo zjištěno, že zkušenost s kouřením tabákových výrobků má 46% respondentů (60). Tyto výsledky se téměř shodují s mým výzkumem.

V dotazníku měli žáci dále uvést, v kolika letech zkusili tabákový výrobek. Překvapivé výsledky se ukázaly u venkova, kde průměrný věk zkušenosti s tabákovými výrobky je 10,6 let. U respondentů z ostatních měst převažoval věkový průměr 12 let.

Rizikovou oblastí z hlediska pravidelného užívání tabákových výrobků se ukázal být opět venkov, kde průměrný věk dosahoval na hranici pouhých 8,9 let. Následná města se pohybovala v rozmezí 9,5 – 10,4 let. Lze tedy konstatovat, že kouření je stále

významným trendem u mladistvých, což se shoduje i s názory odborníků, kdy první zkušenost s cigaretou mají tři čtvrtiny všech dospívajících ve věku do 15 let (43).

V dnešní době se stává dalším novodobým fenoménem v oblasti závislosti užívání mobilních telefonů. Největší zastoupení zde zaujímá mladší generace, která je používá ke čtení knih, zpráv, poslechu hudby, vyhledávání informací na internetu, chatování s přáteli a navazování nových vztahů (65). Ve svém výzkumu jsem došla k závěru, že přes 90% všech respondentů v jednotlivých oblastech vlastní mobilní telefon. Pouze 4 (3%) respondenti z města s 50 tisíci a více obyvateli, 3 (2%) respondenti z venkova a 1 (1%) respondent z města s 10-50 tisíci obyvateli mobilní telefon nevlastní.

Následná otázka přinesla zjištění, že nejnižší věková hranice z hlediska vlastnictví mobilního telefonu se vztahuje k městům nad 10 tisíc obyvatel, kde věkový průměr dosahoval 7,1 let. U venkova se jednalo o 7,8 let, u města do 5 tisíc obyvatel 8,4 let a u města s 5-10 tisíci obyvateli 9,5 let.

V případě vypínání mobilního telefonu uváděly převážně děti z měst do 10 tisíc obyvatel, že mobilní telefon nevypínají. Tyto výsledky se potvrdily v následující otázce, kde respondenti měli uvést pocity při nemožnosti mobilní komunikace. Negativní pocity zde označovaly převážně děti pocházející právě z malých měst.

Dle mého názoru je nutné zvážit, zda je koupě mobilního telefonu nezbytnou záležitostí a zda ho dítě skutečně potřebuje. Každý rodič by si měl uvědomit, že mobilní telefon narušuje sociální kontakty a jistým způsobem narušuje svobodu a únik před okolním světem (61).

V osmnácté otázce měli respondenti uvést, zda mají přístup k počítači. Převážná většina dětí, bez ohledu na velikost místa bydliště, označila možnost neomezeného přístupu přímo v domácím prostředí.

Pokud se jedná o oblast využití počítače, děti nejvíce preferují internet, chatování, hry na počítači, následně ho využívají k získávání materiálů ke studiu, dále k programování a on line hrám, v menší míře ho též používají jako zdroj erotických stránek, ke stahování filmů a hudby, k malování a tvorbě webových stránek a tapet. Dnešní společnost se stává stále více závislá na moderních technologiích. Vytrácí se

osobní kontakt, schopnost navazovat přátelství, mezilidské vztahy a lidé se navzájem sobě vzdalují (49).

Procentuální zastoupení u jednotlivých oblastí bylo u každé varianty téměř stejné. Děti využívají počítač ke stejným účelům, a to bez závislosti na velikosti místa bydliště.

Při srovnání jednotlivých odpovědí u dvacáté otázky je zřejmé, že k výherním automatům inklinují žáci především z menších měst (zkušenost s výherními automaty má 36 (35%) dětí z venkova, 32 (28%) dětí z města do 5 tisíc obyvatel, 31 (35%) dětí z města s 5-10 tisíci obyvateli, 24 (29%) dětí z města s 10-50 tisíci obyvateli a 32 (27%) dětí z města s 50 tisíci a více obyvateli. Pokud se jednalo o příležitostné hraní, uvedlo dokonce 6 (7%) dětí z města s 5-10 tisíci obyvateli, že hrají občas a rádi. Jak uvádějí Výrost a Slaměník, v chování dětí, jež propadají závislosti na výherních automatech, se často projevují změny v chování jako krádeže, ztráta zájmů, neplnění pracovních a studijních povinností, změna v žebříčku hodnot a neochota komunikovat s rodinou. Společnost si uvědomuje, že je vhodnější takovým situacím předcházet, a proto je třeba investovat mnoho finančních prostředků i výchovné práce do preventivních programů, které by měly děti informovat a chránit před rizikovým chováním (45).

Dle analýzy „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu“ vypracované Národním monitorovacím střediskem z roku 2002 vyplynulo, že užívání drog se soustřeďuje převážně do velkých měst, jež umožňují výraznou anonymitu a nižší míru sociální kontroly (62). Tyto výsledky nejsou shodné s mým výzkumem, kdy jsem došla k závěru, že nejvíce rizikovou oblastí z hlediska užívání drog jsou spíše menší města. Zkušenost s drogou má 31 (27%) dětí z venkova, 52 (51%) dětí z města do 5 tisíc obyvatel, 40 (45%) dětí z města s 5-10 tisíci obyvateli, 19 (23%) dětí z města s 10-50 tisíci obyvateli a 40 (33%) dětí z města s 50 tisíci a více obyvateli.

Dle mého názoru je pozornost z hlediska prevence užívání drog soustředěna především do velkých měst. Naopak malá města jsou známá svou nadměrnou benevolencí vůči rizikovému chování jako takovému, a proto je riziko výskytu mnohem vyšší. Měl by se klást větší důraz právě na malá města, neboť díky dnešním moderním

technologíím není tato problematika středem pozornosti jen velkých měst, ale může postihnout ve vysoké míře i okolní menší oblasti, jako se tomu stává dnes.

Z hlediska drog jsem se dále zabývala otázkou, jaký druh drogy měly děti možnost vyzkoušet. Na základě těchto výsledků musím konstatovat, že druh vyzkoušené drogy je u dětí velmi ovlivněn místem, odkud pochází, a mírou šance a příležitosti, jak drogu získat. V této otázce musím souhlasit s vypracovanou situační analýzou z roku 2002 (62), která uvádí, že užívání drog se soustřeďuje převážně do velkých měst. Pokud se jedná o množství vyzkoušených drog u konkrétního jedince, převládají velká města. Jako nejčastěji užívanou drogu označily děti ze všech oblastí marihuanu. Jak uvádějí Žaloudíková a Hrubá, konopí je v dnešní době velice rozšířené, a to hlavně u školní mládeže (49). Další byly často zmiňované přírodní drogy, a to opět u všech dětí bez závislosti na velikosti místa bydliště. Následoval hašiš a léky, které označily již pouze děti pocházející z velkých měst. Vyrovnané zastoupení ve všech městech mělo opět LSD. Jako další drogu uváděli žáci extázi, ale pouze ti, kteří pocházeli z velkých měst nad 10 tisíc obyvatel. Pervitin a ředidla měly rovnocenné zastoupení, kokain a heroin označili opět jen respondenti z měst nad 10 tisíc obyvatel.

Pokud se jednalo o důvod užití drogy, žáci nejvíce uváděli zvědavost (město s 50 tisíci a více obyvateli 33 (57%) odpovědí, město s 10-50 tisíci obyvateli 11 (48%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli 23 (41%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel 28 (39%) odpovědí a venkov 16 (37%) odpovědí) a vlastní rozhodnutí (město s 10-50 tisíci obyvateli 8 (35%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel 20 (28%) odpovědí, venkov 10 (23%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli 12 (21%) odpovědí a město s 50 tisíci a více obyvateli 11 (19%) odpovědí). Již méně děti uváděly nudu, frajeřinu, krizi, radu kamaráda, partu a jeden respondent odpověděl, že má radost z ubližování vlastní osoby. Na základě této otázky jsem dospěla ke stejnému zjištění jako Nešpor, a to pokud jde o motiv prvního užití drogy, převažuje zvědavost a touha po experimentu (25).

Při srovnání odpovědí na otázku, zda respondenti užili nějakou drogu opakovaně, je překvapivé, že větší procento opakovaných uživatelů drog se objevuje mezi žáky menších měst. Dle mého výzkumu je tedy zřejmé, že v malých městech mají menší zkušenost s více druhy vyzkoušených drog, ale jejich opakované užití je častější

než u velkých měst. Nejrizikovější skupinou je město do 5 tisíc obyvatel, město s 5-10 tisíci obyvateli a město s 50 tisíci a více obyvateli, kde žáci uvedli pravidelné každodenní užívání drog (město do 5 tisíc obyvatel – 3 (16%) žáci, město s 5-10 tisíci obyvateli – 3 (38%) žáci, město s 50 tisíci a více obyvateli – 1 (17%) žák).

Co se týče rizikových uživatelů drog, můžeme tyto osoby rozdělit do několika skupin. První jsou experimentátoři, kteří drogu pouze zkouší. Přírodní a rekreační uživatelé berou drogu jako součást životního stylu a jejich frekvence užívání se pohybuje v týdenních intervalech. Pravidelní uživatelé berou drogu častěji než jedenkrát týdně a je součástí nejen jejich životního stylu. Dalším typem jsou problémoví uživatelé, kdy užívání drog je definováno jako intravenózní a závislí uživatelé, kteří splňují kritéria syndromu závislosti (9).

Nejvíce uváděnou odpovědí v případě možného užití drogy bylo kouření, a to u všech respondentů bez závislosti na velikosti místa bydliště. Dále polykání a pití převažovalo u velkých měst, šňupání mělo rovnocenné zastoupení u všech oblastí, v jednom případě bylo uvedeno injekční užití u města s 10-50 tisíci obyvateli a aplikace pod jazyk u města do 5 tisíc obyvatel. Tyto výsledky potvrzují fakt, že nejoblíbenější drogou mezi žáky základních škol je marihuana. Právě kouření marihuany je u dětí nejčastějším způsobem konzumace.

Pojem šikana nebo šikanování mezi dětmi lze vysvětlit jako široký okruh chování dítěte nebo skupiny dětí s cílem ohrožit, zastrašit, ponížít nebo jinak ublížit jinému dítěti nebo skupině dětí. Šikana zahrnuje slovní ponižování, nadávání a neustálé kritizování, výsměch, hrubé žertování, vydírání, omezování svobody, pohrdání, poškozování oděvu, osobních věcí a tělesné napadání (9).

Při srovnání odpovědí na otázku, zda mají respondenti zkušenost s šikanou, je prokazatelné, že žáci pocházející z větších měst se s tímto jevem dostávají do kontaktu o mnoho více než žáci z menších měst. Procento výskytu šikany se zvyšuje v návaznosti na velikost místa bydliště. Z města s 50 tisíci a více obyvateli má zkušenost s šikanou 58 (48%) dětí, z města s 10-50 tisíci obyvateli 36 (43%) dětí, z města s 5-10 tisíci obyvateli má zkušenost 31 (35%) dětí, z města do 5 tisíc obyvatel 32 (31%) dětí a z venkova má zkušenost 34 (29%) dětí.

Můj výzkum se shoduje s výsledky šetření zadaného Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR z roku 2002, který uvedl, že na českých školách je šikanováno 41% dětí (76).

Dle vyhodnocení dotazníku je zřejmé, že věková hranice zkušenosti s šikanou dosahuje kritických hodnot u města s 50 tisíci a více obyvateli, kde věkový průměr činí 7,6 let a u venkova 7,7 let. Musím konstatovat, že toto zjištění bylo překvapivé, neboť venkov vykazoval z hlediska výskytu šikany nejmenší riziko. U města s 10-50 tisíci obyvateli se jedná o 8,6 let, u města s 5-10 tisíci obyvateli 9,5 let a u města do 5 tisíc obyvatel 9,8 let. Tyto výsledky dokazují, že převážně školy působící ve velkých městech musí obecně čelit šikaně o mnoho dříve než je tomu na maloměstských školách.

Ve sledovaném vzorku dětí se z hlediska doby trvání šikany objevily značné rozdíly. Pokud se jednalo o stále trvající šikanování, vykazovala kritické hodnoty převážně velká města (město s 10-50 tisíci obyvateli – 8 (10%) odpovědí, město s 50 tisíci a více obyvateli – 17 (15%) odpovědí). Naopak v případě krátkodobého trvání, tedy několika dnů či týdnů, se šikana objevovala převážně na malých městech (několik dnů – venkov 18 (15%) odpovědí, město do 5 tisíc obyvatel 13 (13%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli 15 (17%) odpovědí a několik týdnů – venkov 20 (17%) odpovědí, město s 5-10 tisíci obyvateli 15 (17%) odpovědí). Závažným zjištěním pro mě bylo to, že děti uváděly celkovou dobu šikanování déle než rok. Tato varianta byla označena ve všech městech bez ohledu na velikost místa bydliště, ale nejvyšších hodnot dosahovala u města do 5 tisíc obyvatel – 8 (8%) odpovědí.

Významná skupina žáků ve státních i nestátních vzdělávacích a výchovných zařízeních je beztrestně fyzicky a psychicky týrána. Jejich psychické a tělesné zdraví je dlouhodobě a někdy i nevratně poškozeno. U pokročilých stádií šikan je ohrožen i život obětí. Dlouhodobé šikanování má za následek nízké sebehodnocení a sebevědomí na hranici hlubokých pochybností o vlastní hodnotě. Deprese a pocity opuštěnosti mohou nejednou vést k tomu, že si dítě i sáhne na život (16).

Následující čtyři otázky se týkaly informovanosti dětí o vybraném rizikovém chování (tabákové výrobky, alkohol, drogy a šikana). Děti měly uvést, jaký zdroj má

pro ně největší hodnotu a z kterého čerpají nejvíce informací. Z mého výzkumu vyplynulo, že žáci základních škol preferují jako zdroj informací bez ohledu na velikost místa bydliště nejvíce kamarády, následně internet, média, nástěnky, dále besedy, školu, sourozence a v poslední řadě rodiče.

Za nejdůležitější z vlivů sociálního prostředí se považuje rodina a následně škola. Zde by mělo být dítě připravováno do života, mělo by čerpat potřebné informace a přebírat vzorce chování (37).

Bohužel současná doba a společnost je charakteristická absencí společných činností, setkávání a tvoření. Tento nedostatek má následně vliv na citové strádání jedince, jež je často kompenzováno intenzivním kontaktem s vrstevníky a sklonem k rizikovému chování. Parta může být významnou sociální oporou, ale bohužel i ohrožením zdravého vývoje člověka (17).

6. ZÁVĚR

Na závěr shrnu výsledky práce, zhodnotím její přínos a uvedu možné využití v praxi.

Jedním z problémů, se kterým se v současné době setkáváme a jehož intenzita stále vzrůstá, je výskyt rizikového chování u dětí. Jedná se o chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik nejen pro jedince, ale i pro společnost.

Rizikové chování představuje všechny projevy chování, které jsou společnostmi klasifikovány jako nežádoucí, jelikož porušují sociální i morální normy a práva ostatních lidí. Do této problematiky spadá šikana, záškoláctví, rasismus, xenofobie, vandalismus, kriminalita, delikvence, užívání návykových látek, závislost na politickém a náboženském extremismu, netolismus, patologické hráčství, domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, komerční sexuální zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže a poruchy příjmu potravy.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat situaci výskytu vybraného rizikového chování u dětí na 2. stupni základních škol z hlediska velikosti místa bydliště v Jihočeském kraji.

Hypotéza 1: Rizikové chování v oblasti návykových látek je patrnější u měst do 10 tisíc obyvatel oproti městům nad 10 tisíc obyvatel. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 2: Nejvýznamnějším zdrojem v oblasti rizikového chování jsou vrstevníci, a to bez návaznosti na velikost místa bydliště. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 3: Šikana je více zastoupena v městech nad 10 tisíc obyvatel oproti městům do 10 tisíc obyvatel. Hypotéza se též potvrdila.

Z provedeného výzkumu je zřejmé, že významnou zkušenost s návykovými látkami mají převážně žáci základních škol pocházející z malých měst, a to do 10 tisíc obyvatel. V souvislosti s návykovými látkami mě zajímala také četnost a pravidelnost užívání. I zde se potvrdily předchozí výsledky, kdy největší procentuální zastoupení zaujímaly opět děti z menších měst. Z hlediska nejvýraznějšího činitele, jenž má podstatný vliv v oblasti rizikového chování, se u všech žáků bez rozdílu velikosti místa

bydliště prokázali být vrstevníci. Zde bych ráda upozornila na fakt, že i v případě uvedení zdroje informací o rizikovém chování měli nejpodstatnější zastoupení též kamarádi. Naopak instituce, jako je škola, byla zmiňována minimálně. Proto bych navrhovala více se zaměřit na primární prevenci, dbát na větší intenzitu besed, přednášek a snažit se tuto problematiku více začlenit do výuky. Dalším zjištěním byla výrazná zkušenost dětí s šikanou. Dle výsledků výzkumu jsem zjistila, že intenzita výskytu šikany roste v návaznosti na velikost místa bydliště. Tedy čím větší počet obyvatel, tím vyšší procento kontaktu s šikanou.

Diplomová práce může být využita jako podklad pro ředitele a pedagogy k lepší informovanosti o dané problematice o aktuálním stavu na základních školách v Jihočeském kraji. Může posloužit jako podklad pro zefektivnění primární prevence na daných školách, pro potřeby výuky a případně dalšího výzkumu.

7. BIBLIOGRAFIE

- 1) Antier, E. *Agresivita dětí*. 1 vydání. Praha: Portál, 2004. 102 s. ISBN 80-7178-808-2
- 2) Bourcet, S., Gravillonová, I. *Šikana ve škole, na ulici, doma: Jak bránit své dítě*. 1 vydání. Praha: Albatros, 2006. 71 s. ISBN 80-00-01552-8
- 3) Březovský, P. *Tabák a alkohol v ČR. Závislosti a my*. Liberec: září 2004. 12-13 s. ISSN 1213-8584
- 4) Erb, H. *Násilí ve škole a jak mu čelit*. 1 vydání. Praha: Amulet, 1999. 128 s. ISBN 80-86299-22-8
- 5) Goddetová, E., T. *Umění jednat s dospívajícími*. 1 vydání. Praha: Portál, 2001. 140 s. ISBN 80-7178-792-3
- 6) Hála, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1 vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 52 s. ISBN 80-7040-815-4
- 7) Chvíla, L. *Craving*. Závislosti a my. Liberec: květen 2004. 23-25 s. ISSN 1213-8584
- 8) Chvíla, L. *Patologické hráčství – závislost na virtuální droze*. Závislost a my. Liberec: únor 2001. 30 s.
- 9) Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1 Díl: Mezioborový přístup*. 1 vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6
- 10) Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2 Díl: Mezioborový přístup*. 1 vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6
- 11) Kolář, M. *Bolest šikanování*. 1 vydání. Praha: Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7178-513-X
- 12) Kolář, M. *Devět kroků při řešení počáteční šikany, aneb pedagogická chirurgie*. Prevence. Praha: 2005, roč. II., č. 7., 17-18 s. ISSN 1214-8717
- 13) Kolář, M. *Nikdo nemá právo druhému ubližovat*. Prevence. Praha: 2005. roč. II., č.8., 7-8 s. ISSN 1214-8717
- 14) Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 1 vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2

- 15) Labáth, V., et al. *Riziková mládež*. 1 vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 157 s. ISBN 80-85850-66-4
- 16) Lovasová, L. *Šikana*. Praha: Sdružení linka bezpečí, 2005. 27 s. ISBN 80-239-5637-X
- 17) Macek, P. *Adolescence*. 2 vydání. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7
- 18) Machová, J., et al. *Výchova ke zdraví pro učitele*. 1 vydání. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0
- 19) Machová, J., Hamanová, J. *Reprodukční zdraví v dospívání (příručka k sexuální výchově)*. 1 vydání. Praha: H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3
- 20) Matoušek, O., Kroftová, A. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 2 vydání. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7172-771-X
- 21) Marádová, E. *Prevence závislosti*. 1 vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9
- 22) Ministerstvo zdravotnictví. *Tabák dětská droga č.1. Závislosti a my*. Liberec: květen 2001. 30 s.
- 23) Muhlpachr, P. *Sociální patologie*. 1 vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5
- 24) Němec, J. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. 1 vydání. Brno: Paido, 2002. 119 s. ISBN 80-7315-012-3
- 25) Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. 2.rozšířené vydání. Praha: Portál, 2004. 150 s. ISBN 80-7178-831-7
- 26) Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1 vydání. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6
- 27) Orvin, G. *Dospívání - Kniha pro rodiče*. 1 vydání. Praha: Grada, 2001. 180 s. ISBN 80-247-0124-3
- 28) Pavelka, V. *Jihočeský kraj a drogy. Závislosti a my*. Liberec: únor 2007. 30 s. ISSN 1213-8584
- 29) Petr, P., Zdražilová, A. *Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých*

- osob. Závislosti a my.* Liberec: září 2006, 30 s. ISSN 1213-8584
- 30) Poethe, P. *Dítě v ohrožení. 2., rozšířené vydání.* Praha: G plus G, 1999. 186 s. ISBN 80-86103-21-8
- 31) Pokorný, V. *Patologické závislosti.* 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-8656-02-04
- 32) Roithová, Z. *Děti, dospívající a droga. Závislost a my.* Liberec: únor 2001. 30 s.
- 33) Rozehnalová, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících? Aneb prevence rizikového sexuálního chování mládeže a jeho následků.* Praha: CEVAP, 2005. 146 s. ISBN 80-902898-8-6
- 34) Rozsypalová, M., Čechová, V., Mellanová, A. *Psychologie a pedagogika I.* 1. vydání. Praha: INFORMATORIUM, 2003. 186 s. ISBN 80-7333-014-8
- 35) Sovinová, H., Csémy, L. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice.* 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9
- 36) Stejskal, F., Kný, M., Votruba, J. *Sociálně patologické jevy dětí a mládeže v České Republice.* 1. vydání. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. 100 s. ISBN 80-7251-008-8
- 37) Stuchlíková, I., et al. *Zvládání emočních problémů školáků.* 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 170 s. ISBN 80-7178-534-2
- 38) Šilerová, L. *Sexuální výchova: Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě.* 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6
- 39) Špaček, L. *Tabák – jedna z nejvíce zneužívaných legálních drog. Závislosti a my.* Liberec: květen 2004. 30 s. ISSN 1213-8584
- 40) Truhlářová, Z., Smutek, M. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí konané pod záštitou projektu PHARE 2003 RLZ – opatření 2.1: Riziková mládež v současné společnosti.* 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. 234 s. ISBN 80-7041-044-2
- 41) Vágnerová, M. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy.* 1. vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2001. 304 s. ISBN 80-246-0181-8
- 42) Vágnerová, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání.* 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8

- 43) Vodáčková, D., et al. *Krizová intervence*. 1 vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9
- 44) Vykopalová, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1 vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4
- 45) Výrost, J., Slaměnik, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1 vydání. Praha: Grada, 2001. 260 s. ISBN 80-247-0042-5
- 46) Webster-Doyle, T. *Proč mě pořád někdo šikanuje?: Rady jak zvládat malé tyrany*. 1 vydání. Praha: Pragma, 2002. 144 s. ISBN 80-7205-804-5
- 47) Zdražilová, A. *Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob*. Závislosti a my. Liberec: listopad 2006, 30 s. ISSN 1213-8584
- 48) Zvěřina, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1 vydání. Brno: Cerm, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5
- 49) Žaloudíková, H., Hrubá, D. *Normální je nekouřit 1.Díl: Program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11 let)*. 2., doplněné vydání. Brno: Paido, 2006. 71 s. ISBN 80-7315-135-9
- 50) Žaloudíková, H., et al. *Normální je nekouřit 2.Díl: Program podpory zdraví a prevence kouření pro mladší školní věk (7-11 let)*. Brno: Paido, 2006. 93 s. ISBN 80-7315-128-6
- 51) *Alkohol*. [on line]. [citováno 10.11.2007]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/alcohol/index_cs.htm>
- 52) *Co je to šikana*. [on line]. [citováno 2.11.2007]. Dostupné z: <www.poradenskecentrum.cz/sikana.html>.
- 53) *Gambling – patologické hráčství*. [on line]. [citováno 2.1. 2008] Dostupné z: <<http://students.math.slu.cz/michalrichter/gambling/>>
- 54) Hamanová, J. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. [on line]. [citováno 15.12.2007]. Dostupné z: <<http://www.cevap.cz/default.php?&ID=13&publ=9&cl=38>>
- 55) Nezval, J. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže 2005 – 2008*. [on line]. [citováno 8.11.2007]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_K_prevenci_SPJ_K_

podpisu_mini.doc>

- 56) *O šikaně* [on line]. 12.4.2007 [citováno 3.11.2007]. Dostupné z:
<<http://osikane.blog.cz/rubriky/definice-sikany>>
- 57) *Patří dětem do rukou mobil?* [on line]. 1.8.2001 [citováno 10.1.2008]. Dostupné z:
<<http://diskuse.dama.cz/d.php?d=248>>
- 58) *Pojem sociálně patologické chování.* [on line]. [citováno 4.2.2008]. Dostupné z:
<<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-chovani>>
- 59) *Pomoc lidem s alkoholem.* [on line]. 23.7.2006 [citováno 10.1.2008].
Dostupné z: <<http://www.alkohol-lkoholismus.info/modules.php?name=New&file=article&sid=16>>
- 60) *Prezentace výsledků výzkumu sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.* [on line]. [citováno 20.3.2008]. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/socprac/projekty/vysl_vyzk.html>
- 61) *Senzitizace/desenzitizace.* [on line]. [citováno 4.10.2005]. Dostupné z:
<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/senzitizace_desenzitizace>
- 62) *Srovnání užívání drog a jeho dopadu v krajích ČR v roce 2002.* [on line]. [citováno 18.3.2008]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie/srovnani_uzivani_drog_a_jeho_dopadu_v_krajich_cr_v_roce_2002>
- 63) *Šikana.* [on line]. 11.1.2007 [citováno 2.11.2007]. Dostupné z: <<http://vsechnomoznyajestevi.blog.cz/0701/sikana>>
- 64) *Šikana ve škole a trestní právo.* [on line]. 27.9.2007 [citováno 15.11.2007].
Dostupné z: <<http://trestnirizeni.mujblog.info/dokumenty/sikana-ve-skole-a-trestni-pravo>>
- 65) Šraihůlková, K. *Závislost na počítačových hrách.* [on line]. 27.3.2007 [citováno 5.1.2008]. Dostupné z: <http://www.santoska.cz/dokumenty/Pocitacove_hry.doc>
- 66) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2006.* [on line]. [citováno 22.3.2008]. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=26249>>
- 67) *Vývojová psychologie.* [on line]. 28.12.2004 [citováno 2.11.2007]. Dostupné z:
<<http://garuda.wz.cz/tfjcu/wagnerova.txt>>

- 68) *Zamyslení: Internetová komunikace V. – Závislost?* [on line]. 15.8.2006 [citováno 2.1.2008]. Dostupné z: <<http://www.xmaestro.com/view.php?cisloclanku=2006080004>>
- 69) *Základní informace o prevenci zneužívání drog.* [on line]. [citováno 10.1.2008]. Dostupné z: <http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/socialne-patologicke-jevy/drogy-a-protidrogova-pravence/prevence/zakladni-informace>
- 70) *Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence-souhrn.* [on line]. 7.6.2003 [citováno 5.2.2008]. Dostupné z: <http://www.drogy_info.cz/index.php/onas/evaluace/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn>
- 71) *Závislost je když...aneb náš dobrý přítel internet a moderní závislosti.* [on line]. 23.1.2007 [citováno 5.1.2008]. Dostupné z: <http://www.pripojtese.cz/art_doc-86FD4AAFFA3A9BC3C125725A0036087A.html>
- 72) *Závislost na internetu.* [on line]. 26.8.2007 [citováno 5.1.2008]. Dostupné z: <<http://programujte.com/index.php?akce=clanek&cl=2007082102-zavislost-na-internetu>>
- 73) *Závislost na počítačích a počítačových hrách.* [on line]. [citováno 2.1.2008] Dostupné z: <<http://www.poradenskecentrum.cz/pocitacova-zavislost.html>>
- 74) *Znáte hranice závislosti?* [on line]. 5.12.2006 [citováno 2.1.2008] Dostupné z: <<http://www.dokurte.cz/index.php?stranka=aktuality&typ=clanky&vypsat=1603>>
- 75) *Mlčoch, Z. Zákoný a alkohol.* [on line]. [citováno 10.11.2007]. Dostupné z: <www.alkoholik.cz/zakony_a_alkohol.htm>
- 76) *Juráčková, I. Některé aspekty šikany v současné škole.* [on line]. [citováno 22.3.2008]. Dostupné z: <<http://www.syrs.org/sps2/publik/pedvyskum/n/Jurackova.pdf>>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Děti

Vrstevníci/parta

Rizikové chování

Základní škola

Město

Jihočeský kraj

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Markéta Šiková a jsem studentkou 2. navazujícího ročníku obor Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který právě držíte v rukou, je součástí diplomové práce na téma „Výskyt vybraného rizikového chování v návaznosti na velikost místa bydliště.“ Cílem tohoto dotazníku je zmapovat situaci výskytu vybraného rizikového chování na 2. stupni základních škol v Jihočeském kraji. **Jeho vyplnění je zcela dobrovolné a anonymní.** Získané informace budou použity pouze v diplomové práci. Diplomová práce by měla přispět ke zlepšení informovanosti o aktuálním stavu v oblasti rizikového chování na základních školách v Jihočeském kraji. Moc Vám děkuji za Vaši spolupráci.

1) Trvalé bydliště:

- a) venkov
- b) město do 5 tisíc obyvatel
- c) město 5-10 tisíc obyvatel
- d) město 10-50 tisíc obyvatel
- e) město 50 tisíc a více obyvatel

2) Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

3) Věk:

(prosím vepiš) let

4) Svůj prospěch subjektivně hodnotíš jako:

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

výborný 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatný

5a) V současné době se cítíš:

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

5b) V současné době se cítíš:

a) velmi dobře

b) dobře

c) špatně

d) velmi špatně

e) jsem v akutní krizi

f) jsem již delší dobu v krizi

6a) Ve škole se cítíš:

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

6b) Ve škole se cítíš:

a) velmi dobře, mám k ní vřelý vztah a chodím do školy rád/a

b) dobře bez výrazných problémů s učiteli a spolužáky

c) špatně kvůli běžným problémům se spolužáky

d) špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli

e) velmi špatně kvůli stálým neshodám se spolužáky a mám k ní negativní vztah

f) velmi špatně kvůli stálým neshodám s převážnou většinou učitelů

g) školní prostředí je pro mne trvale nesnesitelné a vyvolává ve mně trvalý odpor

h) ve škole nemám problémy ani se spolužáky a učiteli, přesto mne škola nebaví

7a) Ke svému rodinnému prostředí máš vztah:

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

výborný 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatný

7b) Ke svému rodinnému prostředí máš vztah:

a) vřelý vztah

b) dobrý vztah bez podstatných problémů

c) normální vztah

d) vztah občas narušený nedorozumněním a problémy

e) negativní vztah se stálými problémy a hádkami

f) pro trvalou rodinnou krizi v poslední době doma nežijí

8a) Ochutnal/a jsi alkohol?

a) ano

b) ne

8b) Jestliže jsi odpověděl/a ano, vepiš prosím věk první zkušenosti s alkoholem: let

9) Byl/a jsi už někdy opilá/ý?

a) ano

b) ne

10) Pokud konzumuješ alkohol, na jakém místě?

(možno odpovědět na více možností)

a) doma

b) venku

c) na oslavách

d) v baru/herně

e) v hospodě

11) Jak často alkohol piješ?

- a) vůbec
- b) příležitostně
- c) v malém množství
- d) denně bez návaznosti na jídlo
- e) občas se opiji
- f) jiné (vepiš jak)

12) Kouříš tabákové výrobky?

- a) příležitostně
- b) denně do 5ti cigaret
- c) více jak 5 cigaret denně
- d) kouřil/a jsem, ale již nekouřím
- e) zkusil/a jsem, ale nekouřím
- f) nikdy jsem to nezkusila

13) V kolika letech jsi zkusil/a tabákový výrobek?

(prosím vepiš) let

14) V kolika letech jsi začal/a pravidelně užívat tabákový výrobek?

(prosím vepiš) let

15a) Vlastníš mobilní telefon?

- a) ano
- b) ne
- c) vlastnil/a jsem mobilní telefon, ale už jej nemám

15b) Jestliže jsi odpověděl/a ano, vepiš prosím věk, kdy jsi dostal/a první mobil: let

16) Vypínáš mobilní telefon?

- a) nevypínám
- b) ano, jen když musím
- c) vypínám

17) Označ své pocity, když nemáš možnost komunikace prostřednictvím mobilního telefonu s ostatními lidmi: (prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

naprosto mi to nevadí 1 – 2 – 3 – 4 – 5 mám velmi nepříjemný pocit

18) Máš přístup k počítači?

(možno odpovědět na více možností)

- a) ano, mám jej doma a mohu jej libovolně využívat
- b) ano, mám jej doma, ale nemohu jej libovolně využívat
- c) ano, ale nemám jej doma (u kamaráda aj.)
- d) měl jsem jej, ale už nemám
- e) mám přístup ve škole
- f) nemám žádný přístup

19) K čemu používáš počítač?

(možno odpovědět na více možností)

- a) sestavování vlastních programů
 - b) získávání informací
 - c) hraní her (instalované do PC)
 - d) hraní on line her
 - e) chatovací programy
 - f) návštěva erotických stránek
 - g) zpracovávání materiálů do školy
 - h) jiné
-(vepiš)

20) Máš vlastní zkušenost s hrou na výherních automatech?

- a) ne, nikdy jsem to nezkusil/a
- b) ano, ale jen jsem to zkusil/a
- c) hrála jsem, ale již nehraji
- d) hraji příležitostně
- e) občas si zahraji
- f) chci hrát, ale nemám na to peníze
- g) kdykoli mám čas, jdu si zahrát

21a) Zkusil/a jsi někdy nějakou zakázanou drogu?

- a) ano
- b) ne

21b) Jestliže jsi zkusila nějakou drogu, o jaký druh se jednalo?

(možno odpovědět na více možností)

- a) marihuana
 - b) hašiš
 - c) extáze
 - d) LSD
 - e) přírodní drogy
 - f) pervitin
 - g) heroin
 - h) braun
 - ch) kokain
 - i) léky (užívání bez nutné potřeby – bolest aj.)
 - j) organická rozpouštědla (ředidla, lepidla aj.)
 - k) jiné
- (vepiš)

22) Pokud jsi zkusil nějakou drogu, proč k tomu došlo?

(možno odpovědět na více možností)

- a) ze zvědavosti
- b) na radu kamaráda
- c) z vlastního rozhodnutí
- d) životní krize
- e) z nudy
- f) z obavy ze zesměšnění/méněcennosti v partě
- g) z frajeřiny
- h) jiné

(vepiš)

23a) Užil/a jsi nějakou drogu opakovaně?

- a) ano
- b) ano, ale nepravidelně
- c) ne

23b) Jestliže jsi odpověděla ano, jak pravidelně jsi drogu užíval/a?

- a) denně
- b) několikrát týdně
- c) jednou týdně
- d) vícekrát měsíčně
- e) jednou měsíčně

24) Jakým způsobem jsi drogu užil/a?

(možno odpovědět na více možností)

- a) šňupáním
- b) pitím
- c) polykáním
- d) čicháním
- e) kouřením

f) injekčně

g) jiné (vepiš)

25) Od koho bys zakázanou drogu získal/a?

(možno odpovědět na více možností)

a) kamarád/ka z party

b) někdo známý

c) spolužák/čka ze třídy

d) spolužák/čka ze školy

e) rodiče

f) sourozenec

g) jiný příbuzný

h) jiné (vepiš)

26a) Máš zkušenost s šikanou?

a) ano

b) ne

26b) Jestliže jsi odpověděl/a ano, vepiš prosím věk, kdy jsi se setkal/a s šikanou:let

27) Pokud jsi se setkal/a s šikanou, jak dlouho trvala?

(možno odpovědět na více možností)

a) nesetkal/a jsem se

b) několik dnů

c) několik týdnů

d) několik měsíců

e) rok

f) rok a více

g) stále trvá

28) Jak hodnotíš zdroj informací o tabákových výrobcích?

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

- a) internet: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- b) média: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- c) nástěnky: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- d) besedy: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- e) škola: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- f) rodiče: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- g) sourozenec: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- h) kamarádi: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

29) Jak hodnotíš zdroj informací o alkoholu?

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

- a) internet: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- b) média: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- c) nástěnky: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- d) besedy: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- e) škola: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- f) rodiče: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- g) sourozenec: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- h) kamarádi: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

30) Jak hodnotíš zdroj informací o drogách?

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

- a) internet: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- b) média: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- c) nástěnky: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- d) besedy: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- e) škola: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně
- f) rodiče: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

g) sourozenec: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

h) kamarádi: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

31) Jak hodnotíš zdroj informací o šikaně?

(prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále)

a) internet: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

b) média: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

c) nástěnky: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

d) besedy: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

e) škola: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

f) rodiče: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

g) sourozenec: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně

h) kamarádi: výborně 1 – 2 – 3 – 4 – 5 velmi špatně