

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí  
základních škol**

Diplomová práce

**Autor:**

Bc. Markéta Suchelová

**Vedoucí práce:**

Mgr. Aleš Novotný

2009

## **SUMMARY**

I chose the topic of Selected risk behaviour and socially undesirable phenomena in elementary school children for my thesis. Risk behaviour is one of the most serious problems of social development not only in the Czech Republic, but all over the world. It leads to disturbed health, school results and life values of the individual and of the society. During recent years, decline of age level for origin of risk behaviour has been registered, but preventive bodies have not manage to react to such decline in time in a lot of cases. But the primary prevention is what can prevent such behaviour from happening or shift it at least to later age when the individuals have already their scale of values created and are able to see their own vulnerability and the vulnerability of other people. Primary prevention should be focused on the population that still has not been affected; but for that reason it must be known when and for what reasons children encounter risk behaviour, in order to be able to react to it.

The thesis deals with selected risk behaviour and socially undesirable phenomena in elementary school children. The data for the thesis were collected in ninth classes of elementary schools in the regions of South Bohemia, Central Bohemia and Ústí. Quantitative research, questioning method, the technique of anonymous questionnaire were used to ascertain the data; preset hypotheses are verified or falsified on the base of evaluation of the questionnaire. The respondents filled out the questionnaires at school, but with exclusion of the authority close to them, in order to obtain as high validity of data as possible.

The thesis has a theoretical part describing individual selected phenomena, previous statistics of their incidence and the current period of life of the respondents. The practical part sets goals and describes the actual research and discussion with authors I have drawn from.

The goal of the work was to map the incidence and extent of the selected phenomena of pupils of ninth classes of elementary schools. Partial goals were to select

the phenomena among the individual regions and to compare the data with implemented prevention.

The research shows that the selected phenomena occur in all regions; none of the phenomena is absent in any of the regions. Use of legal, socially tolerated substances, i.e. alcohol and tobacco, is most frequently represented. Each of the selected reasons is more endangered in another form of risk behaviour than the other regions. The Region of South Bohemia appears as the most risky one, with the highest experience of pupils with illegal drugs, both in the number of cases experience and in the frequency of use.

The research also shows that the implementation of primary prevention comes late for almost all forms of selected risk behaviour, often only after the pupils have engaged themselves, or shortly before.

The results of the thesis can be used in practice, e.g. by instructors of primary prevention, by school methodologists to set up Minimum preventive programs and last but not least for teaching and for the need of other research.

## ABSTRAKT

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol. Rizikové chování je jedním z nejvýznamnějších problémů společenského vývoje, a to nejen v České republice, ale na celém světě. V jeho důsledku dochází k narušení zdraví, prospěchu a životních hodnot jedince i společnosti. Během posledních let bylo zaznamenáno snížení věkové hranice pro vznik rizikového chování, avšak preventivní složky mnohdy na toto snížení nestihly zareagovat. Přitom je to právě primární prevence, která může tomuto jednání zabránit, nebo ho alespoň posunout do pozdějšího věku, kdy má již jedinec vytvořený žebříček hodnot a je schopnější nahlížet na zranitelnost vlastní i ostatních lidí. Primární prevence má být zaměřená na ještě nezasaženou populaci, z tohoto důvodu je ale potřeba vědět, kdy a z jakých důvodů se děti s rizikovým chováním setkávají, aby mohla na toto reagovat.

Práce se zabývá vybraným rizikovým chováním a společensky nežádoucími jevy u dětí základních škol. Data pro tuto práci byla sbírána v devátých třídách základních škol v Jihočeském, Středočeském a Ústeckém kraji. Pro zjištění dat byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika anonymního dotazníku, na základě jehož vyhodnocení jsou verifikovány či falzifikovány předem stanovené hypotézy. Respondenti vyplňovali dotazníky ve školním prostředí, ovšem s vyloučením jim blízké autority z důvodu získání co nejvyšší validitu dat.

Práce obsahuje teoretickou část, která popisuje jednotlivé vybrané jevy, předchozí statistiky jejich výskytu, stejně jako období života, ve kterém se respondenti nacházejí. V praktické části jsou vytyčené cíle a je zde popsán vlastní výzkum a diskuze s autory, z nichž jsem čerpala.

Cílem práce bylo zmapovat výskyt a rozsah vybraných jevů u žáků devátých tříd základních škol. Dílčími cíli bylo porovnání jevů mezi jednotlivými regiony a komparace dat s realizovanou prevencí.

Z výzkumu vyplývá, že vybrané jevy se vyskytují ve všech regionech, žádný z jevů neabsentuje v žádném kraji. Nejvíce je zastoupeno užívání legálních, společensky tolerovaných látek, tedy alkoholu a tabáku. Každý z vybraných krajů je ohroženější v jiné formě rizikového chování než ostatní regiony. Jako nejrizikovější se ukazuje kraj Jihočeský s nejvyššími zkušenostmi žáků s nelegálními drogami, a to jak v počtu zkušeností, tak ve frekvenci užívání.

Z výzkumu dále vyplývá, že realizace primární prevence přichází téměř u všech forem vybraného rizikového chování pozdě, a to často až po vlastním zapojení žáka či jen krátce před ním.

Výsledky práce je možné využít praxi, např. lektory primární prevence, školními metodiky prevence k sestavení Minimálních preventivních programů a v neposlední řadě k výuce a pro potřeby dalších výzkumů.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol 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 - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 3. 8. 2009

.....

podpis student

**Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Alešovi Novotnému za ochotu, užitečné rady, připomínky a odborné vedení, které mi při psaní této práce věnoval.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	11
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	13
<b>1.1 Období dospívání</b> .....	13
1.1.1 Charakteristika cílové skupiny.....	13
1.1.2 Dospívání .....	14
1.1.3 Vývoj jedince v období dospívání.....	14
1.1.4 Proces socializace dospívajících .....	15
<b>1.2 Rizikové chování</b> .....	16
1.2.1 Klasifikace rizikového chování .....	17
1.2.2 Rizikové faktory .....	17
<b>1.3 Závislost na mobilních telefonech</b> .....	18
1.3.1 Projevy závislosti na mobilních telefonech .....	19
1.3.2 Rizika užívání mobilních telefonů .....	19
<b>1.4 Závislost na počítačových hrách</b> .....	20
1.4.1 Druhy počítačových her .....	21
1.4.2 Motivace hráčů počítačových her .....	22
1.4.3 Znaky závislosti .....	23
1.4.4 Rizika hraní počítačových her .....	23
<b>1.5 Závislost na internetu</b> .....	24
<b>1.6 Patologické hráčství</b> .....	26
1.6.1 Vývoj patologického hráčství .....	28
1.6.2 Typologie hráčů .....	29
1.6.3 Dospívající a výherní automaty .....	29



<b>1.7 Šikana</b> .....	30
1.7.1 Charakteristika šikany .....	31
1.7.2 Formy šikany .....	31
1.7.3 Motivy šikanování .....	32
1.7.4 Fáze šikany .....	32
1.7.5 Agresor .....	34
1.7.6 Oběť šikany .....	35
1.7.7 Následky šikany .....	35
<b>1.8 Sexuální život dospívajících</b> .....	36
<b>1.9 Kouření tabákových výrobků</b> .....	37
1.9.1 Historie tabáku a kouření .....	37
1.9.2 Definice kouření .....	38
1.9.3 Fakta o nikotinu .....	38
1.9.4 Příčiny kouření .....	40
1.9.5 Vývoj závislosti .....	40
<b>1.10 Alkoholismus</b> .....	41
1.10.1 Účinky alkoholu .....	43
1.10.2 Fáze závislosti .....	45
<b>1.11 Drogy a drogová závislost</b> .....	48
1.11.1 Droga .....	48
1.11.2 Rozdělení drog .....	49
1.11.3 Drogová závislost .....	49
1.11.4 Příčiny vzniku drogové závislosti .....	51

1.11.5 Vývoj drogové závislosti .....	52
<b>1.12 Statistiky rizikového chování na základních školách .....</b>	<b>54</b>
1.12.1 Statistiky šikany .....	54
1.12.2 Statistiky užití nelegální látky u mladistvých .....	54
1.12.3 Věk prvního experimentu, pravidelného užívání a primární prevence .....	55
1.12.4 Drogy v krajích České republiky .....	56
<b>1.13 Prevence rizikového chování .....</b>	<b>57</b>
1.13.1 Minimální preventivní program .....	58
1.13.2 Cíle prevence dle věku .....	59
<b>2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>61</b>
2.1 Cíle práce .....	61
2.2 Hypotézy práce .....	61
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>62</b>
3.1 Použité metody a techniky sběru dat .....	62
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	63
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>66</b>
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>123</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>134</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>137</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>144</b>
<b>9 PŘÍLOHY .....</b>	<b>145</b>

## ÚVOD

Dospívání je téměř na celém světě definováno jako přechod mezi dětstvím a dospělostí. To vlastně znamená, že jedinec přestává být dítětem, ale ještě není dospělým. Je to období zrání v oblasti tělesné, pohlavní i duševní. Jedinec si v tomto relativně krátkém čase potřebuje vytvořit své Já, svou vlastní identitu a stupnici hodnot, vybrat si povolání a připravit se na něj, oprostít se od rodiny a vytvořit si zdravý vztah k druhému pohlaví. Ve většině případů se na jednu stranu snaží být dospělý, na stranu druhou ale odmítá jejich postoje a chování. To samozřejmě znamená jakýsi permanentní rozpor. Riskování je tomuto období vlastní, většinou je ale přechodné. V poslední době je však v ekonomicky vyspělých zemích prokázáno, že stále více dospívajících přijímá rizikový způsob života, který je může ohrožovat nejen v době dospívání, ale může mít následky i v životě budoucím. Velmi často je jejich chování účelové, pomáhá řešit současné nesnáze (nízké sebevědomí, zapojení se do party vrstevníků). Tento aspekt ovšem nesnižuje nebezpečí následků takového chování. Světová zdravotnická organizace již dokonce stanovila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu.

Pojem rizikové chování je sice relativně mladý, nahradil ale pojmy, které znají již naši předkové, jako jsou mravní nemoci, sociální deviace či sociálně patologické jevy. Označuje chování, které je společensky nepřijatelné, nežádoucí a narušuje sociální a morální normy. Je to pojem zahrnující celou škálu problémů. Můžeme sem zařadit šikanu, užívání omamných a psychotropních látek, rasismus, xenofobii, extremismus, patologické hráčství, netolismus, nadužívání mobilního telefonu, nadměrné hraní PC her, týrání a zneužívání dětí, poruchy příjmu potravy, domácí násilí, vandalismus. Já jsem si pro potřeby své práce vybrala jen některé z nich.

Závislost na psychotropních a omamných látkách nebo činnostech se v posledních desetiletích u nás stává jedním z nejzávažnějších individuálních i společenských problémů, a to již u dětí a mladistvých.

Hranice mezi závislostí a klinicky či sociologicky normálním užíváním návykových látek a vykonávání obdobně rizikových činností je v naší společnosti tradičně velmi neostrá.

V dnešní době se vedou rozsáhlé diskuze o existenci závislosti na mobilních telefonech či jiném virtuálním prostředí, zda se jedná o správný termín. Většina autorů používá termín závislost, přestože odporuje definici závislosti v jejích naplněních v bodech dle MKN - 10, jiní autoři řadí toto rizikové chování velmi často mezi obsedantně kompulzivní poruchy chování. Já se ve své práci budu držet názvosloví, které používá naprostá většina autorů, z nichž jsem vycházela (tedy termín závislost).

Téma Vybrané rizikové chování a společensky nežádoucí jevy u dětí základních škol jsem si vybrala kvůli svému zájmu o tuto problematiku. Již během svého předchozího studia oboru Prevence a rehabilitace sociální patologie jsem se začala zabývat primární prevencí na základních a středních školách. Prevence je totiž první krok, kterým lze alespoň zčásti předejít rizikovému chování. Z vlastní zkušenosti vím, že v mnoha případech přichází pozdě, tedy již po prvním experimentu, ačkoli má být naměřena na ještě nezasaženou populaci. Je tedy důležité vědět, kdy se děti s rizikovými jevy poprvé setkávají, aby se primární prevence mohla od těchto údajů odvíjet.

Z těchto důvodů jsem se rozhodla zmapovat, jak moc jsou žáci 9. tříd základních škol zasaženi vybranými jevy. Tyto výsledky ukazují, co si děti odnášejí ze základní školy a zároveň si přinášejí na učiliště a střední školy. Vybrala jsem si tři kraje České republiky. Jihočeský kraj je můj rodný, nesměl tedy chybět, se Středočeským krajem mám naplánovanou spolupráci a kraj Ústecký je i podle Národní strategie protidrogové politiky krajem nejohroženějším. Taktéž mě k výběru takto stratifikovaného souboru vedla i skutečnost, že Střední Čechy jsou svoji polohou uprostřed ČR, na rozdíl od Jihočeského a Ústeckého regionu a demografickými údaji jsou si podobné.

## 1 SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Období dospívání*

O období dospívání se často mluví jako o době sladkého nicnedělání. Z vnějšího pohledu je to možná pravda, ale z psychologického hlediska jde o pracovité, významné a někdy také bolestivé období života, neboť právě tehdy si jedinec vytváří většinu modelů chování, které v menších či větších obměnách používá po celý život. Tato doba je také zásadní pro utváření si obrazu sebe sama a svého postavení ve společnosti (24).

Děti a dospívající se snaží na své cestě k dospělosti hledat a využívat všechny dostupné možnosti, o kterých si myslí, že jim přinesou spokojenější život. Mezi ně bohužel patří i zneužívání návykových látek a další negativní jevy vyskytující se ve společnosti (15).

#### *1.1.1 Charakteristika cílové skupiny*

Období dětství a dospívání je dlouhý a složitý proces vývoje od závislého a nezralého jedince k jedinci relativně soběstačnému, tedy dospělému. Je vhodné si proto toto období rozdělit alespoň do tří základních podskupin:

1. Rané dětství – začíná narozením a trvá asi do tří let věku
2. Dětství – je vymezeno 3. – 11. věkem
3. Dospívání – je zahájeno nástupem puberty, která trvá od 11. – 12. let do 14. – 16. let, poté nastupuje období adolescence, které je dovršeno ve 20 - 22 letech dospělosti (15).

### *1.1.2 Dospívání*

Pro nás je důležité právě toto období, které zahrnuje povinnou školní docházku na druhém stupni základní školy, tedy věk jedenáct až patnáct let. Jinak se též označuje termínem puberta. Jedná se o bouřlivé období, ve kterém dochází k viditelným změnám nejen v oblasti tělesného vzrůstu, ale zahrnuje také změny psychické a pohlavní dozrávání. Mění se vzhled dítěte, nastává rychlejší růst, dítě se začíná více podobat dospělému člověku. U každého jedince je rychlost těchto změn individuální a stejně staré děti se od sebe mohou značně lišit. Rychlejší rozvoj se děje i oblasti psychické, důvěřivost a nekritičnost vůči dospělým se snižuje, děti se začínají prosazovat a utvářet si svůj vlastní názor (48).

Ne vždy je ale jedinec s těmito změnami ztotožněný a spokojený. Nespokojenost dokonce bývá výrazným znakem dospívajícího. Taktéž zjišťuje, že mnoho svých potřeb a představ není schopen naplnit, což zvyšuje úzkost a pocit ztráty jistoty. Vnitřně sám sebe prožívá jako nedostačujícího jedince a snaží se to kompenzovat vnějším chováním, které může mít dle WHO tři základní podoby:

- Agresivní – delikvence, násilí, extrémně až teror
- Pasivní – únik ze školy, společnosti, extrémně až sebevražda
- Kompromisní – nestabilita, zneužívání návykových látek (15).

### *1.1.3 Vývoj jedince v období dospívání*

#### Tělesný vývoj

Jako nejnápadnější změnu u pubescentů můžeme uvést tělesný vývoj, který je spojen s pohlavním dospíváním. V tomto období se rozvíjí sekundární pohlavní znaky, zrychluje se růst těla. U dívek se objevuje první menstruace, u chlapců první poluce. Dospívající se začínají více zaměřovat na své tělo, na jeho celkový vzhled, úpravu,

oblečení. Je tedy velmi důležité, jak se mladý člověk s touto změnou dokáže srovnat, neboť proměna tělesné schránky může představovat pro pubescenta zátěž (26).

### Citový vývoj

Hormonální změny provází nejen tělesný vývoj, ale i vývoj citový. Pro ten je typická citová nevyrovnanost, zvýšená labilita a přecitlivělost. Reakce pubescentů bývají přehnané, intenzivní, ale velmi často proměnlivé a krátkodobé. Dospívající reaguje podrážděně a rozmrzele, neboť si mnohdy není schopen vysvětlit své pocity. S tím souvisí změna v sebehodnocení, kdy je člověk zranitelnější, vztahovačtější a nejistý (55).

#### *1.1.4 Proces socializace dospívajících*

Jako významný signál socializačního procesu je brána schopnost jednat ve skupině, tedy jednotně a koordinovaně. Je logické, že je v této době velmi důležité být přijímán vrstevnickou skupinou (58). Aby se tak stalo, jedinec se často přizpůsobuje normám, které se mohou výrazně lišit od společnosti a etických norem (56).

V tomto období si pubescent začíná uvědomovat svou hodnotu a pociťuje vyšší potřebu odpoutání se od rodičů. Osoby a názory dospělých již jen nekriticky nepřijímá, naopak začíná mít výhrady k jejich vlastnostem i celkovému chování. Rady a názory dospělých mu připadají hloupé a odmítá je (3). Na jedince začíná mít větší vliv vrstevnická skupina než rodina (44). Jedinec chovající se určitým způsobem, zobecňuje toto jednání a schvaluje ho i u ostatních lidí (24).

Charakteristiky, kterými se dospívající odlišují od dospělých:

- odmítají dosavadní hodnoty i způsoby chování a experimentují s jinými alternativami
- chtějí svobodu, ale odmítají zodpovědnost

- snaží se osamotňovat a emancipovat od rodiny
- základní psychické potřeby uspokojují mezi svými vrstevníky
- odmítají slabost a nerozhodnost dospělých (57)

## ***1.2 Rizikové chování***

V současné době se ve společnosti poukazuje na pokles morálky, netolerantnost, nedostatek disciplíny, anarchii, ztrátu smyslu pro zodpovědnost a vlnu sociálně patologických jevů. Dále se mluví o úpadku kázně a autority ve společnosti, v rodině i ve škole, upozorňuje se na vzrůstající agresivitu a brutalitu dětí, šikanu, vandalismus a užívání drog (1).

Dříve byly tyto jevy nazývány mravními nemocemi, poté sociálními deviacemi, sociálně patologickými jevy, v roce 2007 MŠMT přistoupilo k názvu rizikové chování, který zahrnuje všechny projevy chování klasifikované společností jako nežádoucí, neboť narušují sociální i morální normy a práva. V důsledku takového chování dochází k nárůstu sociálních, výchovných i zdravotních rizik nejen pro jedince, ale i pro celou společnost (51).

Lékaři, psychologové, pedagogové i sociologové se zabývají rizikovým chováním ohrožujícím přímo či nepřímo prospěch, zdraví i celý další život jedince (53). Mezi rizikové chování lze zahrnout šikanu, rasismus, xenofobii, kriminalitu, vandalismus, závislost na společensky tolerovaných drogách (alkohol, tabák), užívání omamných a psychotropních látek, extremismus, netolismus a virtuální prostředí, patologické hráčství, týrání a zneužívání dětí, poruchy příjmu potravy, domácí násilí (69, 30). Tato práce se však zabývá jen vybranými jevy.



### 1.2.1 Klasifikace rizikového chování

Tato klasifikace podle stupně společenské závažnosti je v naší republice nejrozšířenější. Při hodnocení rizikového chování je nutno brát v úvahu stupeň nebezpečnosti pro společnost i samotného jedince.

- Disociální chování – je nepřiměřené či nespolečenské chování, nejčastěji se objevuje ve školní či rodinné výchově. Vyznačuje se kázeňskými přestupky, negativismem, lží, vzdorem a jinými drobnými porušeními společenské normy. Disociální chování je charakteristické pro určité vývojové období a nemívá dlouhodobější charakter. Může vymizet samo nebo za pomoci výchovných a pedagogických postupů.
- Asociální chování – toto chování se vyznačuje nedostatečným či dokonce chybějícím sociálním cítěním a je v rozporu se společenskou morálkou. Toto chování však nepřekračuje právní předpisy (43).

### 1.2.2 Rizikové faktory

Na vzniku rizikového chování se podílí několik faktorů, které můžeme označit jako rizikové.

První skupinou těchto faktorů je výskyt patologie v rodině. Sem můžeme zařadit významnou ztrátu v rodině, nedostatečnou komunikaci, příliš tvrdý či naopak příliš liberální styl výchovy, chronicky nemocné členy rodiny, či jakoukoli dysfunkci rodiny (12).

Další skupinou rizikových faktorů jsou faktory společenské, kam lze zahrnout chudobu, negativní vzory v okolí, příležitost k nelegálním činnostem, nízkou vzdělanost či vysokou sociální třídu (66).

Mezi tyto faktory patří i individuální rizikové faktory, jako je problémové chování v dětství, špatný školní prospěch, nízká sebedůvěra a sebehodnocení, zanedbávání či zneužívání dítěte, tělesný handicap, sklon k riskování (18).

Ne všechny děti a mladiství se dokážou s působením těchto faktorů vyrovnat. Bojují s nimi každý po svém, hledají či naopak ztrácí smysl života, bouří se proti společnosti či dokonalosti, která se od nich vyžaduje. Silní jedinci vydrží tlak společnosti a přizpůsobí se společenským normám, ti slabší mnohdy z různých důvodů nevydrží a podlehnou snazšímu způsobu života (69).

### ***1.3 Závislost na mobilních telefonech***

V dnešní době se vedou rozsáhlé diskuze o existenci závislosti na mobilních telefonech či jiném virtuálním prostředí, zda se jedná o správný termín. Většina autorů používá termín závislost, přestože odporuje definici závislosti v jejích naplněních v bodech MKN - 10, jiní autoři řadí toto rizikové chování velmi často mezi obsedantně kompulzivní poruchy chování. Já se ve své práci budu držet názvosloví, které používá naprostá většina autorů, z nichž jsem vycházela (tedy termín závislost).

Poprvé jsme mohli o mobilním telefonu slyšet v 70. letech 20. století. Na začátku ale byly tyto přístroje příliš rozměrné, vážily až deset kilogramů a byly tak drahé, že si je mohli dovolit jen ti nejbohatší. Od té doby prošly řadou zlepšení. V naší republice se začaly mobilní telefony rozšiřovat až s příchodem prvního mobilního operátora v roce 1991 (36).

Počet lidí, kteří vlastní mobilní telefon se stále zvyšuje. Každý z nich má k tomuto přístroji jiný vztah. Někdo bere mobilní telefon jako nutné zlo, někdo jako součást běžné výbavy, pro dalšího může být zátěž či obtížný předmět. Kdekdo mluví o výhodnosti a možnostech při jeho vlastnění, málokdo se již zabývá oblastí nevýhod či negativních důsledků.

Mobilní telefon znamená možnost být neustále k zastižení. To je bezesporu výhoda v krizových situacích, ale tato skutečnost s sebou může nést i permanentní neklid a pocit ohrožení soukromí. Při zazvonění telefonu se tak mohou vyskytnout potíže jako je pocit sevření žaludku, pocit viny, zvýšené pocení, změny v chování (44). Tato problematika je v naší společnosti ale stále značně podceňována (39, 60). Výzkumy ukázaly, že dívky mohou být k tomuto jevu náchylnější než chlapci (59).

### *1.3.1 Projevy závislosti na mobilních telefonech*

Symptomy závislosti na mobilním telefonu zahrnují např.:

- silné nutkání kontrolovat displej telefonu, zda nepřišla zpráva či někdo nevolal,
- neschopnost jedince vytrvat v určité aktivitě, aniž by s mobilem nemanipuloval, nepsal textové zprávy, netelefonoval či ho alespoň nekontroloval,
- rozrušení, jestliže na jeho textovou zprávu nepříjde odpověď ihned,
- vysoké výdaje za užívání telefonu,
- pocitování úzkosti, jestliže jedinec nemá signál, nemůže se dovolat, musí mít vypnutý telefon, či dokonce nemá přístroj u sebe (10).

### *1.3.2 Rizika užívání mobilních telefonů*

Rizika užívání mobilních telefonů můžeme rozdělit do několika skupin:

- 1) V některých případech, kdy je mobilní telefon stresorem, se mohou objevit somatické obtíže jako je např. nervozita, neurózy, úzkostné

poruchy, snížená schopnost soustředění se, bolesti hlavy, poruchy spánku.

- 2) Člověk se odnaučuje v běžných i náročných situacích spoléhat sám na sebe, neprocvičuje si základní sociální dovednosti. V tomto případě se jedná také i o jakousi nezodpovědnost, kdy jedinec spoléhá, že si v krizové situaci zavolá pomoc, nedomýšlí důsledky svého jednání.
- 3) Jako riziko lze uvést i narušení sociálních kontaktů, kdy zazvonění telefonu vytrhne člověka ze sociální situace, ve které se právě nachází. Do této oblasti patří i udržování běžných kontaktů, kdy místo toho, aby se dva lidé sešli, tak si zavolají. V kontaktu jsou sice stále, ale nikoli osobně.
- 4) Jestliže rodiče nemají čas věnovat se svým dětem, pořídí jim mobilní telefon. Výchova po telefonu ale nemůže nahradit osobní rodičovskou péči.
- 5) Mobilní telefon je možností úniku z tíživé situace. Například v případě společenské situace, kdy se má jedinec zapojit do společnosti, ale místo snahy o zapojení se někomu zavolá nebo píše zprávy (44).

#### ***1.4 Závislost na počítačových hrách***

Počítačové hry představují samostatně se vyvíjející oblast počítačových programů určených k zábavě. Některými charakteristikami splňují kritéria virtuální reality, proto je nutné je označovat jako její jistý typ. Počítačové hry jsou odborníky považovány za méně nebezpečné než hrací automaty, přesto lze mezi nimi najít mnoho společných rysů. Realita může být pro hráče počítačových her bolestná či nepřívětivá a virtuální realita se stává přitažlivou možností úniku (44).

Počítačové hry je možno obecně popsat jako alternativní modely reálného světa, jako simulaci jeho pravidel a vztahů. Přes veškerou snahu se však jedná jen o jakési jejich zjednodušení oprostěné od složitějších vazeb. Pro počítačové hry je charakteristické:

- Mají cíl, který informuje o jejich konečnosti.
- Vyžadují od hráče, aby pochopil jejich podstatu a smysl, což umožňuje dosažení cíle. Případná prohra ale nehraje roli, neboť v případě nezdaru je možno hru ukončit a začít znova.
- Většina her má individuální charakter, ve hrách určených více hráčům je spoluhráč, resp. soupeř zajímavý jen z hlediska ne/úspěšnosti (44).

#### *1.4.1 Druhy počítačových her*

V současné době se můžeme setkat s velkým množstvím počítačových her. Ty se od sebe liší stylem, cílem, námětem i prezentací hlavní postavy.

V hrách typu adventure (dobrodružné hry) je kladen důraz na přemýšlení, hledání souvislostí, kombinaci jednotlivých prvků. Jedná se o scénáře, příběhy, kdy hráč řeší logické úkoly a postupuje tak simulovaným dějem.

Akční hry jsou jakousi obdobou akčních filmů. Námětem těchto her bývá likvidace protivníků či jiných cílů. Hráč v nich vystupuje v roli hlavního hrdiny, svět vidí očima simulované postavy (44). Právě tyto hry jsou mezi odborníky tak diskutované z hlediska rozvoje agresivity u dětí. Výzkumy zabývající se dopadem těchto her na chování dětí a dospívajících došly k závěru, že tyto hry zvyšují agresivitu u mladých lidí, a to převážně u chlapců. Toto potvrdili i učitelé, podle nichž mladí hráči ve věku 13 – 15 let jsou nepřátelští vůči svým vrstevníkům i autoritám (38).

Arkády jsou předchůdkyněmi akčních her, jejich zpracování je jednodušší, herní svět omezený.

Cílem logických her je vyřešit rébus či složitý úkol, promyslet postup, sestrojít stroj, jejich smyslem není hraní, ale promýšlení.

Role-playing games (RPG) mají základ v hraní rolí. Hráč v nich putuje světem, bojuje, sprádá a čelí intrikám, přesto má malý vliv na utváření světa. Hráč většinou objevuje stále nová místa, proto se tyto hry nedají prakticky dohrát.

Dále existuje řada simulátorů, např. kabiny aut, ponorky, letadla, dále pak simulátory různých sportů, prostředí i chování člověka.

Hry, ve kterých se postava pohybuje skoky, se nazývají skokové hry neboli skákačky. Důležité při jejich hraní jsou rychlé prsty a dobrý postřeh.

Strategické hry vyžadují od hráče přemýšlení a vytvoření taktiky. Jedná se např. o vývoj společnosti, města, bitevního plánu (44).

#### *1.4.2 Motivace hráčů počítačových her*

Jako důvod, proč někteří lidé propadají hraní her, jsou uváděny tyto skutečnosti:

- člověk vnímá počítač jako kdykoli dostupného partnera,
- jedinec se může chovat nepřijatelným, společensky odsuzovaným způsobem, může překonávat vlastní zábrany,
- hráč může neomezeně experimentovat, v realitě jsou některé činy ireverzibilní, u her je může vracet,
- jedinec může zažívat nezvyklé zážitky,
- člověk má možnost dosáhnout božích vlastností – nesmrtelnost, neomezené zdroje,
- některé hry jsou soutěží mezi jednotlivci (9).

### 1.4.3 Znaký závislosti

Protože na počítač nevzniká závislost fyzická, ale psychická, je velmi těžké rozlišit hranici mezi koníčkem a závislostí. Přesto je možné vysledovat některé znaky svědčící pro rozvíjející se závislost:

- stavy podobné transu při hraní
- nerespektování zákazu rodičů
- menší výkonnost při jiné aktivitě
- pocit prázdnoty, pokud jedinec není u počítače
- ztráta kontroly nad časem, který jedinec u počítače stráví
- ponocování u počítače či brzké vstávání kvůli hraní
- neklid v době, kdy jedinec nemůže hrát
- peníze utrácené za počítačové hry
- zanedbávání učení, zhoršení školního prospěchu
- zanedbávání kamarádů i ostatních koníčků (68).

Někdy může u hráčů dojít k nepříjemným pocitům, agresi či dokonce zhroucení při ukončení hry, nápisu GAME OVER. Tyto nepřiměřené reakce bývají známkou vznikající či již vzniklé závislosti (60).

### 1.4.4 Rizika hraní počítačových her

Rizika spojená s hrou počítačových her se mohou vyskytnout v několika oblastech:

- oblast násilí a agresivity – hráč se na násilí podílí aktivněji než při sledování televize, což může mít za následek nácvik a prožitek násilí, které je spojováno se smíchem a pocitem úspěchu, možnost výhry se

objevuje v případě zničení či zabití, jedinec může podlehnout pokušení vyzkoušet si to v realitě.

- oblast životního stylu – hráč začne měnit své postoje, hodnoty a zájmy. Důsledkem může být zakrnělost v sociální oblasti, deformace v komunikaci.
- oblast fyziologické a duševní úrovně – nastupují změny popsané u netománie (39).

### ***1.5 Závislost na internetu***

Z historie je známé, že internet měl původně vojenský účel, a to spojovat americké bunkry po atomové válce a organizovat vládu. V dnešní době jeho kouzlu propadá stále více lidí. Tito jedinci využívající možností internetu se nazývají uživateli internetu. Užívání internetu můžeme vymezit na škále od získávání informací, až po využívání internetu jako hobby, tedy k vyplnění volného času.

Závislost na internetu neboli netománie se řadí mezi závislosti primárně psychické, nikoli fyziologické (44).

Podstatu závislosti na internetu můžeme spatřovat v tom, že většina lidí nepotřebuje naplnit své ambice a představy v reálném životě, velmi často postačuje virtuální prožitek. Výhodou virtuálního prožitku je to, že rizika, která z něj plynou, jsou podstatně menší než v v realitě (27).

Internet tedy nabízí člověku virtuální reality, jakýsi bezpečný svět, kde se může volně pohybovat. To je posíleno i poměrně vysokým stupněm anonymity.

Další věcí, která přispívá ke vzniku závislosti, je nízké sebehodnocení a pohyby o sobě samém. Člověku s nízkým sebehodnocením nabízí internet pozitivní odezvu a zvýšení osobní prestiže.



Patologické zneužívání internetu mívá zpravidla sociální kontext, neboť člověk u něj tráví nadměrné množství času bez cíle. Myšlení a aktivity se soustřeďují na počítač a internet, v důsledku toho pak ztrácí zájem o své okolí, izoluje se od něj, omezuje činnosti, které ho dříve uspokojovaly.

Symptomy, jako jsou obsedantní myšlenky, snížení sebekontroly při používání internetu, neschopnost přerušit práci na internetu mohou vypovídat o patologickém způsobu užívání. V plné síle pak nastupuje ve chvíli, kdy uživatel má potřebu utéci z reality do virtuálního světa, který od něj neočekává ústupky. Naopak mu umožňuje, aby se projevoval, jak je mu to příjemné (39).

Specifika komunikace na internetu můžeme spatřit například v oblasti emocí. Pro vyjadřování emocí při chatování či zasílání e-mailů, jsou kromě slovního popisu používány znaky, kterými uživatel vyjadřuje své emoce a poskytuje tak zpětnou vazbu protějšku.

Základní rysy komunikace prostřednictvím internetu, které vedou ke generování neinhibovaného jednání, které je možno popsat jako méně zodpovědné, nekorespondující s dovednostmi, resp. výbavou jedince vystupovat v běžné komunikaci tváří v tvář:

- absence neverbálních informací, které jsme zvyklí běžně vnímat a vkládat do komunikace,
- snížení objemu sociálních vlivů na komunikujícího, člověk se více soustřeďuje na sebe než na své okolí,
- pocit bezpečí a anonymity, které poskytuje prostředí, ze kterého jedinec komunikuje,
- specifika jazyka a vyjadřovacích prostředků.

Komunikace v prostředí internetu umožňuje vytvoření si kybernetické identity – věk, pohlaví, osobní příběh. Potíže můžou nastat v situaci, kdy se uživatelé začnou

rozplývat hranice mezi realitou skutečnou a virtuální, v době, kdy se tyto dva světy střetnou a člověk není schopen jejich kritického rozlišení (44).

Potíže související s netománií:

- Fyzické – v této oblasti lze jmenovat poškození krční páteře, vady držení těla a v jeho důsledku pak zhoršení funkcí krevního oběhu, dále dochází k poškození očí jako následku stálého dívání se na obrazovku.
- Psychické – tato oblast souvisí s celkovým přetěžováním, resp. zahlcováním informacemi. Jedinec se obtížně soustřeďuje, klesá jeho pozornost. U menších dětí hrozí vlivem excitačních kyselin, které se v mozku vyplavují, poškození mozkové kůry a tím pokles intelektových schopností.
- Sociální – pro mnoho lidí se počítač stává náhražkou vzájemné interakce a komunikace. Výsledkem je snížení jeho výrazových schopností, což je velmi nebezpečné u dětí, které tak nedokážou získat odpovídající sociální schopnosti v oblasti komunikace (44).

Rodiče ale často nekontrolují, čím se potomek při práci na počítači zabývá, přestože mnohdy pocítují užívání PC na úkor povinností a kamarádů. Velmi často používají počítač jako odměnu či trest, což však působí kontraproduktivně (56).

### ***1.6 Patologické hráčství***

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) se patologické hráčství řadí mezi Návykové a impulzivní poruchy, ne mezi závislosti. Je zajímavé, že v předchozí verzi MKN se tato diagnóza vůbec nevyskytovala, přestože Americká psychiatrická asociace ji mezi duševní poruchy zařadila již v roce 1980, tedy o 10 let dříve (39).

Patologické hráčství neboli gambling bývá definováno jako časté opakované epizody hráčství, které v životě dotyčného jedince dominují nad jeho sociálními, materiálními, rodinnými a pracovními hodnotami a závazky (44).

Patologické hráčství podle Světové zdravotnické organizace:

- během období nejméně jednoho roku se vyskytnou minimálně dvě epizody hráčství,
- tyto epizody nejsou pro jednotlivce výnosné, vyvolávají tíseň a narušují každodenní život, přesto se opakují,
- jedinec cítí silné puzení ke hře, které je těžké ovládnout, silou vůle není schopen hře odolat,
- jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní (39).

Pro stanovení diagnózy je nutná přítomnost těchto symptomů:

- progresivita, tzn. opakující se hráčství, často má vzrůstající tendenci přes nepříznivé sociální důsledky
- porucha adaptace, kdy jedinec přestává respektovat meze přijatelných ztrát, člověk si dál půjčuje peníze
- impulzivita, která je výrazná zejména při hře na výherních automatech, jedinec např. slyší znělku, která mu automat připomene, a odchází hrát
- ambivalence k penězům, kdy jedinec je vázán na hru, peníze jej nezajímají, ač svému okolí tvrdí, že hraje, aby vyhrál
- většinou převažuje nenásilný způsob získávání peněz, tedy pomocí dluhů
- patologickým hráčem bývá zpravidla muž (44).

### 1.6.1 Vývoj patologického hráčství

V České republice se od roku 1989, kdy se gambling začal ve velkém rozvíjet, měnil pohled na hazardní hraní a s ním se měnila klientela závislých. V porevoluční atmosféře vystupňované touhou rychle zbohatnout upadaly do gamblingu většinou střední vrstvy s dobrým vzděláním a rodinným zázemím. Poté ale nastal posun závislé klientely směrem k mladším jedincům a nižším vrstvám. Stále častěji zaplňuje protigamblerské programy mládež, pro které je v současné době hazardní hraní symbolem zkrácené cesty k vyšší ekonomické úrovni (14). Patologické hráčství představuje latentní riziko v dospívající populaci, přesto mu v mnoha případech není věnována dostatečná pozornost (56).

Patologické hráčství jako závislost se vyvíjí ve třech fázích:

1. Fáze výher – hraní nepřináší větší problémy, začínají se objevovat fantazie o velké výhře. Pokud se dostaví, urychlí celý proces, neboť jedinec touží zopakovat výhru. Člověk má optimistickou náladu, začíná hrát častěji a zvyšovat sázky. Začíná hrát spíše o samotě než ve společnosti ostatních, často se vytahuje výhrou, ačkoli nevyhrál.
2. Fáze prohrávání – již představuje chorobné hráčství, myšlení jedince je zaměřeno výhradně na hru. Hra je v této době financována většinou z půjček a dluhů, před rodinou se to ale snaží skrývat, dluhy narůstají. V zaměstnání mívá člověk stále méně času na práci, často odchází během pracovní doby za hraním. Hráč začíná být neklidný, podrážděný, uzavírá se do sebe, přestává o sebe dbát, což vede k problémům v rodině.
3. Fáze zoufalství – díky chování hráče trpí jeho pověst, věřitelé vyvolávají trestní stíhání kvůli dluhům, nastává odcizení od rodiny i ostatních dříve blízkých osob. Gambler řeší tuto situaci hrou a dalším prohráváním. Důvod svých potíží nevidí v sobě, ale ve společnosti, lituje se, propadá

depresím a pocitům beznaděje. Častým východiskem se stává abúzus alkoholu či jiných návykových látek, což samozřejmě zhoršuje léčbu (44).

### *1.6.2 Typologie hráčů*

Pančocha ve své knize rozděluje patologické hráče na tři typy:

1. Typ A – charakterizuje ho snaha opakovat hraní, touží znovu prožívat hru, má potřebu stupňovat vklady a prožitky. Při získávání financí se nezastaví ani před nezákonnými činy. Takovýto jedinec je sociálně narušený, nezdrženlivý a maladaptovaný.
2. Typ B – nejčastěji uniká ke hře od reality, své úzkosti a pocitů viny. Svůj problém si nepřiznává, snaží se ho zakrývat, zodpovědnost přehazuje na své blízké. Jedinec se vyznačuje nejistotou v sebehodnocení, úzkostí a sklony k neurotickému řešení problémů.
3. Typ C – dokáže se nejméně kontrolovat při hře, již jen na myšlenku na ukončení hry reaguje podrážděně. Nedokáže si připustit negativní dopady, které má hra na jeho život. Má sklony k toxikománii (42).

### *1.6.3 Dospívající a výherní automaty*

V České republice není zatím věnována dostatečná pozornost souvislostem mezi patologickým hráčstvím a mladistvými, gambling je většinou spojován s populací dospělých. Ve světě se ale již začíná ukazovat, že patologické hráčství představuje v populaci dospívajících latentní riziko (56).

V naší republice nejsou k dispozici obsáhlejší empirické sondy do herních aktivit dospívajících. Výzkumy v USA ale ukazují, že téměř každý mladý Američan má

zkušenost s hraním a 3,2 – 8,4 % z nich již může mít vážné problémy v důsledku hraní (46).

Dospělému člověku trvá zhruba 1-3 roky, než se stane patologickým hráčem. U dětí a dospívajících se jakákoli závislost vyvíjí rychleji, stačí jim několik týdnů až měsíců, než se stane patologickým hráčem (6).

### **1.7 Šikana**

Asi v žádné skupině nemají všichni členové stejné postavení. V každé z nich můžeme najít členy velmi oblíbené, se kterými má většina dobrý vztah, uznává je a respektuje. Takové postavení bývá obvykle dáno osobnostními vlastnostmi jedince. Záleží ale i na charakteru skupiny, na tom, jaké má cíle, kterým vlastnostem dávají její členové přednost. Ostatní členové bývají oblíbení, či alespoň akceptováni. Někteří členové mohou stát na okraji skupiny, jejich názory nejsou přijímány ani akceptovány. V některých případech může dojít k odmítání až vyloučení člena či členů skupiny (48).

Šikana mezi žáky není novým jevem. Agresivita mezi dětmi patří mezi celosvětové problémy a celé týmy psychologů a speciálních pedagogů zkoumají možnost její prevence a řešení. Naše země není výjimkou, také zde vždy nějaká forma šikany existovala. V současné době ale přestává být záležitostí období puberty, ale přesouvá se i do období mladšího školního věku a mezi dětmi přibývá agrese a bezohledná brutalita. Podle statistik se každý pátý žák již někdy setkal s nějakou formou šikany (17).

Na rozvoji takového chování se podílí i celkové společenské klima. Můžeme předpokládat, že civilizační změny doprovázené změnou žebříčku hodnot, rozpadem vazeb a důrazem kladeným na jednotlivce budou mít na následek nárůst agresivity (56). Šikanování se takto stává nebezpečně rozmáhající se nemocí společnosti. Důsledkem je poškození zdraví jedince, skupin, rodin a společnosti jako takové.

Následky šikany se projevují dlouhodobě, jak u obětí, tak u útočníků. Jakmile agresivní útočníci zjistí, že šikana a násilí se jim vyplatí, začnou využívat obdobné strategie chování i v dospělosti a v situacích, kdy chtějí získat převahu. U obětí se pod vlivem šikany objevuje zvýšený sklon k depresím, mají pochybnosti o sobě samých, o své hodnotě a trpí pocity méněcennosti **(11)**.

### *1.7.1 Charakteristika šikany*

Jako šikanu je možno označit jakékoli chování, jehož cílem je ublížit jedinci, zastrašit či ublížit žákovi či skupině žáků. Jde o cílenou a většinou opakovanou agresi jedince či skupiny vůči jedinci nebo skupině, kteří se neumí nebo nemohou bránit **(30)**.

Dále je šikana definována jako úmyslná snaha získat nad jinými převahu psychologickou, společenskou či hmotnou prostřednictvím ubližování, zastrašování, výsměchu či hrozeb **(11)**.

Trestní zákon České republiky pojem šikana jako takový nezná, pachatel však může svým jednáním naplňovat skutkovou podstatu trestních činů omezování osobní svobody, vydírání, ublížení na zdraví, loupeže, vzbuzení důvodné obavy, poškození cizí věci, znásilnění, kuplířství apod. **(30)**.

### *1.7.2 Formy šikany*

- Fyzická agrese a používání zbraní – bití pěstmi, holemi, kopání, škrcení, přivazování, dušení, věšení, strkání aj.
- Slovní agrese a zastrašování zbraněmi – vyhrožování zabitím, mučením, násilím, urážení, vysmívání se oběti, rodině oběti, nadávání, vtipkování, zesměšňování aj.

- Krádeže, ničení a manipulace s věcmi – braní peněz, svačín, trhání či rozřezání oblečení, školních pomůcek, plivání či polévání bot aj.
- Násilné a manipulativní příkazy
- Zraňování izolací, oklikou a „uměleckými“ výtvary – ignorace, stranění se, pomlouvání, ponižující kresby, básničky aj. (17)

### *1.7.3 Motivy šikanování*

- Touha po moci
- Krutost – skvělý pocit z utrpení a ponížení oběti
- Upoutání pozornosti – agresor chce být středem pozornosti, dělá vše pro obdiv
- Zabíjení nudy – šikanování přináší vzrušení a akci a agresora „něco“ baví
- Motiv Mengeleho – agresor je badatel zkoušející, co člověk vydrží
- Žárlivost – agresor závidí oběti např. přízeň učitelů, a proto se mu mstí
- Prevence – bývalá oběť se bojí svého dalšího šikanování, proto začne raději sama šikanovat či se přidá k šikanující skupině
- Motiv vykonat něco velkého – agresori si tímto dokazují, že jsou schopni nějakého velkého výkonu, neboť ve všem ostatním jsou odsouzeni k neúspěchu (17)

### *1.7.4 Fáze šikany*

Michal Kolář ve své knize Bolest šikanování rozlišuje pět stádií vývoje šikany. Tento proces je pravým opakem budování komunity, jejímž cílem je společné soužití a překonání osobních individuálních rozdílů.



- 1) Zrod ostrakismu – tato fáze se může objevit i ve zcela zdravých kolektivech. Ostrakismem jsou nazývány mírné, ve většině případů psychické formy násilí. Ostrakizovaný člen stojí na okraji kolektivu, ostatní si z něj utahují, neuznávají ho, nepřijímají ho mezi sebe, pomlouvají ho.
- 2) Fyzická agrese a přitvrzování manipulace – ve vypjatých situacích slouží výše zmiňovaní jedinci jako fackovací panáci k odreagování spolužáků. Tato fáze se objeví i ve třídě, kde se sejde více asociálních jedinců, kteří si vyzkouší, jaké to je mít nad někým moc. Další vývoj takového kolektivu závisí na míře pozitivního naladění třídy a na postojích žáku k šikaně. Jestliže je kolektiv vůči násilí a šikaně imunní a mezi žáky existuje soudržnost, pokusy o šikanování neuspějí.
- 3) Vytvoření jádra – jestliže se kolektiv násilí a manipulacím jedinců nepostaví, dojde ke klíčovému momentu, kterým je vytvoření úderného jádra. Toto jádro začne šikanovat již osvědčené oběti ostrakismu. Zde nastává chvíle, kdy se rozhoduje, jestli se počáteční stadium šikany přehoupne do stadia pokročilého. Jestliže se ve třídě nenajde dostatečně silná pozitivní skupina, jejíž členové se svým vlivem a popularitou nestanou alespoň rovnocenným partnerem údernému jádru, může agresivita tyranů nerušeně pokračovat.
- 4) Přijímání norem agresorů – většina kolektivu přijme normy agresorů, které se stanou nepsaným pravidlem třídy, málokdo se proti nim dokáže postavit. Dokonce i mírní a ukáznění žáci se začnou chovat agresivně a podílí se na šikaně slabších spolužáků.
- 5) Totalita – toto stádium se také nazývá dokonalá šikana. Normy agresorů jsou přijaty a akceptovány všemi a dochází k nastolení totalitní ideologie šikanování. Kolektiv je rozdělen na dvě sorty, kdy agresori jsou otrokáři a oběti otroci. Poddaná skupina není schopná čelit žádnému z útoků agresorů (17).

### 1.7.5 Agresor

I někteří odborníci zastávají názor, že agresori, tedy původci šikany, jsou agresivní psychopati. Ovšem tito mladí se od ostatních dětí na úrovni psychiatrických diagnóz neliší. Můžeme u nich ale nalézt mimořádný egoismus a egocentrismus. V každém člověku je v nějaké míře krutost a agrese, u těchto jedinců ale nemá větší zábrany k nárůstu a bujení. Aby se šikana projevila jako konkrétní forma antisociálního chování, je potřeba souhry řady příčin. Jedná se především rizikové osobnostní charakteristiky, destruktivní skupinovou dynamiku a prostředí nedbající na prevenci (17).

Iniciátoři šikany jsou jedinci, kteří dokážou skrývat svůj strach a zneužívat strach druhých a umí potlačovat nejistotu. Na druhou stranu je u nich patrná souvislost s častějším výskytem citové deprivace či subdeprivace v rodinném prostředí (18).

Typy agresorů:

- 1) Hrubý, impulzivní, primitivní, má kázeňské problémy, narušený vztah k autoritě. Šikanuje nelítostně a tvrdě, vyžaduje naprostou poslušnost. V rodině bývá tvrdá a agresivní výchova, agresori často toto chování oplácí či napodobují.
- 2) Slušný, kultivovaný, často sociometrická hvězda třídy, oblíbený. Násilí je rafinované, spíše skryté, beze svědků. V rodině jsou na něj kladeny velké nároky, ve výchově se objevuje až vojenský dril bez lásky.
- 3) Sebevědomý srandista, oblíbený. Šikanuje pro pobavení sebe i druhých, vše dělá jakoby z legrace. V rodině se objevuje absence duchovních a morálních hodnot (17).

### 1.7.6 Oběť šikany

Vystihnout oběť bývá zpravidla těžší než vystihnout agresora. Skoro každá skupina si najde nějakou oběť a kritéria bývají rozmanitá. Někdy ani nezáleží na osobnosti oběti, výběr může být nahodilý. Přesto existují tzv. typické oběti, které se obětí šikany stávají opakovaně. Jsou to ti nejslabší z nejslabších, neumí skrývat strach, ve střetech ztrácejí hlavu, propadají panice a přílišné sebekritičnosti. Na pohled jsou bojácní a zranitelní. Tito žáci nemusejí být vždy fyzicky slabí, psychicky však bývají zcela bezbranní. Jejich chování vůči dospělým nemusí být vždy bojácné. Někdy je naopak halasné a vtíravé a u učitelů může vyvolat i nevoli. Je to ale jejich volání o pomoc, které nebývá vyslyšeno (17).

Je možné najít určité osobní charakteristiky zvyšující riziko šikany.

- Tělesný handicap - malá fyzická síla, obezita, neobratnost, mimořádnost ve vzhledu aj.
- Psychický handicap - hyperaktivita, porucha pozornosti, specifické poruchy učení či opožděný duševní vývoj aj.
- Odlišnost od skupiny – může být pozitivní i negativní – dobrý školní prospěch, rasová odlišnost, jiné morální hodnoty aj. (11)

### 1.7.7 Následky šikany

Nejhlubší následky má šikana bezesporu na oběti takového jednání. Závažnost poškození závisí na délce trvání šikany a míře destruktivních sil. Neméně důležitá je i obranyschopnost oběti.

- Oběti počátečních stádií šikanování

Může se zdát, že rané podoby šikany nemohou mít vážnější následky. To je však omyl, neboť účinky jsou sice nenápadné, ale zákeřné. Ostrakizovaný žák se ve škole necítí dobře, jeho vztah k tomuto místu bývá z pochopitelných důvodů negativní. Jeho potřeby nebývají uspokojovány a vystavení trvajícimu subtilnímu násilí (zesměšňování, ponižování, izolace) narušuje osobnostní vývoj dítěte. Dochází k vyčerpání nervové soustavy, objevují se neurózy či psychosomatické potíže. U těchto obětí se často vyskytuje nepozornost, zhoršení prospěchu, únik do nemoci, záškoláctví, poruchy sebehodnocení a celková nejistota.

- Oběti pokročilých stádií šikanování

U obětí, které prošly čtvrtým a pátým stádiem šikanování, bývají následky velmi závažné, týkají se celé osobnosti a mívají celoživotní charakter. V nejhrošších případech řeší oběti svou situaci i sebevraždou. Při dlouhodobé brutální šikaně se oběť často psychicky, někdy i fyzicky, zhroutlí, objeví se u ní panický strach o život, má poruchy spánku, trpí nočními děsy, objevují se psychosomatické potíže. Průvodním jevem je u těchto lidí porucha sebehodnocení a sebezničující tendence. Pozdní následky těch nejbrutálnějších šikan jsou chronické depresivní stavy, sebedestruktivita, poruchy přizpůsobivosti a narušený vývoj osobnosti (17).

### ***1.8 Sexuální život dospívajících***

WHO definuje sexuální zdraví jako souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky (54).

Nechráněný sexuální styk je příčinou nechtěných těhotenství, potratů, přenosů pohlavních a pohlavně přenosných chorob. V mnoha případech školy a školská zařízení neposkytují adekvátní sexuální výchovu. Nezralost a neinformovanost o otázkách, které souvisí se sexuálním životem, vyvolává stres i emoční problémy (65).

Dle Úmluvy o právech dítěte má dítě právo na informovanost všeho druhu a ukládá státům výchovu k plánovanému rodičovství. Z toho vyplývá nutnost zajistit dětem sexuální výchovu. Ta v České republice není vyučována jako samostatný předmět, ale je zahrnuta v několika jiných předmětech. Mezi témata probíraná v rámci sexuální výchovy patří změny spojené s pubertou, role pohlavních orgánů, antikoncepce, nechtěné otěhotnění a pohlavně přenosné choroby. Pohlavní styk je České republice povolen od 15 let věku (49).

Sexuální výchova ve škole nemůže ovšem nahradit výchovu v rodině. Často ale rodiče neví, jak se vypořádat s probouzející se sexualitou svých dětí, proto se může stát, že se s ní buď nevypořádají vůbec, nebo to udělají nevhodným způsobem. Je tedy vhodné začít se sexuální výchovou včas a především ji netabuizovat (54).

Mnoho dospívajících začne se sexuálním životem z pouhé zvědavosti nebo proto, aby udělali dojem na své vrstevníky. Někteří hledají lásku, ale pro jejich nezralost často zamění lásku za sex. Bývá tedy výjimkou, že vztah mladých lidí má šanci přetrvat.

Je zřejmé, že pohlavní styk není událostí bez následků. Americká studie publikována v časopise *Pediatrics* poukazuje na to, že u sexuálně aktivních dívek bylo několikrát větší nebezpečí pokusu o sebevraždu, útěku z domova, užívání marihuany a vyloučení ze školy než u dívek, které byly panny. Podobné souvislosti byly zaznamenány i u chlapců, kteří začali sexuálně žít, jen se u nich nevyskytovalo zvýšené nebezpečí sebevraždy (47).

## ***1.9 Kouření tabákových výrobků***

### *1.9.1 Historie tabáku a kouření*

Tabák se do Evropy dostal až po objevení Ameriky díky Kryštofu Kolumbovi. Ten ho na evropský kontinent dovezl roku 1512, k nám se dostal konce 16. století. Původně byl tabák používán jako součást náboženských obřadů a rituálů a jeho historie sahá až do doby 6000 let př. n. l (44). Paradoxem je, že tabák byl Evropany zpočátku užíván k léčebným účelům, např. při bolesti zubů či migréně.

Postupně prošlo kouření tabáku různými zákazy, kdy např. v Rusku byly za kouření tabáku ukládány tresty jako useknutí nosu či rozseknutí rtu, aby dotyčný již nemohl kouřit. Moderní formu cigarety začali jako první používat žebráci v Seville. Zlom v rozvoji kouření nastal ve chvíli, kdy byly v 19. století do ulic zavedeny automaty na cigarety. K rozšíření tabáku pomohl i volný příděl cigaret vojákům v obou světových válkách.

Ruku v ruce s masovým rozšířením kuřáckých návyků se začaly objevovat i negativní důsledky. Proto se i kouření dostalo do popředí zájmu lékařů a v roce 1950 byl publikován první odborný článek, který dává tento zlovyk do souvislosti s rakovinou plic (41).

### *1.9.2 Definice kouření*

Kouření je vdechování tabákového kouře, který vzniká nedokonalým spalováním tabáku (31). Tabákový kouř obsahuje řádově tisíce chemických látek, z nichž jedna z nich je návyková, a to nikotin. Dalších 60 – 100 látek má karcinogenní (44).

Kouření je zařazeno mezi nemoci a jeho diagnóza se nachází pod číslem F-17 (31).

### *1.9.3 Fakta o nikotinu*

Chemicky je nikotin alkaloid žluté barvy rozpustný ve vodě a lihu. Nikotin je absorbován sliznicemi a odbourává se v játrech po 3 – 4 dnech. Smrt vyvolávající dávka nikotinu, tj. dávka letální, je 50 mg, přičemž jedna cigareta obsahuje průměrně 1 – 2 mg nikotinu (44).

Nikotin je jedna z nejnávykovějších a nejčastěji užívaných drog na naší planetě. Uvolňuje dopamin a tím navozuje příjemné pocity, při dlouhodobém užívání však

kuřáci ztrácejí schopnost vnímat rozkoš a cigareta se stává berličkou, aby se necítily zle (32).

Prudká otrava nikotinem se v důsledku narušení funkcí vegetativního nervového systému projevuje bolestí, pocením, nevolností, závratěmi, skleslostí, bolestí hlavy a průjmem.

Chronická otrava nikotinem je nazývána nikotinismem a dochází k ní tehdy, kouří-li kuřák více než 20 cigaret denně. Nikotinismus se projevuje:

- nespavostí, která sekundárně vyvolává labilitu nálad a pokles pozornosti
- chronickým zánětem dýchacích cest
- střídáním zácpy a průjmu
- zvracením
- poruchami tepové frekvence
- zvýšenou produkcí moči
- sníženou ostrotí čichu a chuti
- vznikem zánětů až vředů v oblasti žaludku
- u mužů sníženou potencí až impotencí
- u žen poruchami menstruačního cyklu, v případě gravidity větším výskytem potratů, či poškozením plodu (44)

#### 1.9.4 Příčiny kouření

Křivohlavý tvrdí, že zrození kuřáka začíná od narození, kdy dítě vnímá okolní svět velmi intenzivně svými smysly. Jestliže rodiče a nejbližší lidé přicházející do styku s dítětem vydávají vůni ovlivněnou kuřivem, dostává dítě signál, že je to vůně domova (23).

Experiment s kouřením přichází obvykle v dětském věku a v dospívání, nejčastěji pak mezi deseti a patnácti roky věku. Časný začátek velmi ovlivňuje pozdější zdravotní důsledky. Jde o vyšší riziko vzniku rakoviny plic u jedinců, kteří začali kouřit před dvacátým rokem života, a snížení pravděpodobnosti úspěšné abstinence (2). Kouření tabákových výrobků mladistvými je však v naší společnosti stále podceňované, snad proto, že se jedná o tzv. legální a společensky přijatelnou drogu (27), avšak řada autorů zastává názor, že abstinence od nikotinu může být téměř stejná jako od opiátů (39).

Jako nejčastější příčina kouření tabákových výrobků je uváděna móda, touha poznat něco nového, zakázaného, bouření se společností a okolnímu světu. (23). U dospívajících může být spouštěčem snaha napodobit rodiče či přátele. Touha po vyrovnání se druhým je silnější než averzivní pocity z kouření a nepříjemné pocity jsou překonávány sociálním posilováním, až vznikne návyk. Dlouhodobé kouření je příčinou změny fyziologických procesů, kdy tělo vyžaduje soustavný přísun nikotinu (9).

#### 1.9.5 Vývoj závislosti

Vývoj závislosti je dlouhodobý a několikastupňový proces. Kouření je totiž naučené chování, kdy nikotin pozvolna vyvolává závislost, která může být psychická či fyzická (21).

- Fyzická závislost – Při soustavném kouření dojde k namnožení nikotinových receptorů. Při kouření se zvyšuje srdeční činnost, výdej krve ze srdce a zužují se cévy. Díky stoupající hladině nikotinu se



dostaví uklidňující účinek a v mozku se uvolní endorfin. V případě fyzické závislosti jde o udržení nikotinu v těle. Jestliže hladina nikotinu poklesne, objevuje se u kuřáka nervozita, podrážděnost, v případě silné závislosti se může objevit i nevolnost. Fyzická závislost se vyvíjí asi po dvou letech kouření, u některých kuřáků nemusí vzniknout nikdy.

- Psychická závislost – Na rozdíl od fyzické závislosti, tou psychickou či spíše psychosociální trpí každý kuřák bez rozdílu. Je spojena s určitými sociálními situacemi, které vyvolávají touhu po cigaretě. Jde např. o pití kávy, sledování televize, čekání na autobus, večírky, oslavy, posezení v hospodě, ale i stres a nervozita. Člověk sahá po cigaretě automaticky, neboť v důsledku vyrovnaní hladiny nikotinu má člověk pocit, že se cítí lépe (27).

### ***1.10 Alkoholismus***

Chemicky vzniká etylalkohol – etanol kvašením cukrů. Tato látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak ale i problémy s jejím nadužíváním. Společně s nikotinem patří mezi legální drogy. Psychotropní účinky alkoholu je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního (15).

Alkohol se užívá per os, dobře prochází biologickými membránami a rychle se vstřebává z trávicího traktu. V současnosti je rozšířen po celé planetě. V České republice se spotřeba alkoholu pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na každého obyvatele za rok, přičemž ve spotřebě piva se dlouhodobě pohybujeme na předních místech ve světovém žebříčku. Nadměrná konzumace alkoholu se v ČR týká asi 1/4 mužů a 1/10 žen (15).

Alkohol patří mezi společensky tolerované a legální drogy (tzn., že samotný stát se podílí na jeho výrobě, zákon upravuje regulační pravidla a distribuci). Přestože je

podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let trestně postižitelné, již v osmdesátých letech většina dětí udávala první zkušenost s alkoholem v období mezi 9. a 11. rokem života. Asi jedna třetina patnáctiletých až osmnáctiletých užívala alkohol alespoň jednou týdně, jen 17 % dotazovaných v této věkové skupině totálně abstinovalo. Údaje z devadesátých let jsou podobné **(40)**.

V současné době není outsiderem ten, kdo pije alkohol, ale ten kdo abstinuje, což platí především u mládeže. Konflikt se společností v prvopočátku tedy nemá ten, kdo pije, ale naopak ten kdo nechce pít **(35)**.

Role alkoholu můžeme rozdělit na:

- výživnou - součást jídla, je využitelným zdrojem energie
- sociální - přispívá k sociální interakci
- anxiolytickou - snižuje úzkost a napětí
- orgastickou - slouží jako prostředek záměrné legální intoxikace **(33)**

Jako alkoholismus je označována nadměrná konzumace alkoholických nápojů. Poprvé jej použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Ovšem až v roce 1951 jej WHO označila za medicínský problém. První definice pijáctví však pochází již z roku 1784 a jejím autorem je autor první učebnice psychiatrie v USA Benjamin Rush **(13)**.

Psychiatrická praxe vypovídá o tom, že etiologie závislosti na alkoholu je multifaktoriální. Vedle genetických vlivů přispívajících k jejímu formování se u této závislosti uplatňují zejména vlivy společenské, někdy se v souvislosti s ní mluví o vlivech biochemických, protože biochemické změny, které užívání alkoholu vyvolává v organismu, podmiňují rovněž vznik závislosti na něm. Dle vztahů lidí k užívání alkoholu se rozlišují 4 skupiny osob:

- 1) Abstinenci jsou lidé, kteří nepožívají alkohol za žádných okolností.
- 2) Jako konzumenty lze označit jedince, kteří pijí alkoholické nápoje proto, že dostávají do těla potřebné množství tekutiny, jejíž chuť mají rádi a jsou na ni zvyklí.
- 3) Pijáci pijí alkoholické nápoje zejména kvůli alkoholu v nich obsaženém, ovšem chuť alkoholických nápojů mají rádi.
- 4) Alkoholici jsou jedinci závislí na alkoholu, představuje pro ně drogu.

Riziko vzniku závislosti na alkoholu je vyšší u psychicky labilních lidí, dále u lidí trpících duševními poruchami a poruchami chování, u jedinců s ne zcela spokojenými interpersonálními vztahy, s nízkým sebehodnocením, s psychicky náročnou prací. Riziko vzniku závislosti zvyšují i další faktory jako jsou neuspořádané rodinné vztahy, schvalování alkoholu a drog v rodině, rodinné dysfunkce, sexuální zneužívání (44).

### *1.10.1 Účinky alkoholu*

Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, např. vlivu prostředí, dispozici, náladě. Po požití se nejčastěji projeví prostá opilost (ebrieta). V malých dávkách působí alkohol stimulačně, ve vyšších naopak tlumivě. Na počátku užívání se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, poté dochází ke ztrátě zábran, snížení sebekritičnosti, únavě, útlumu až spánku. Intoxikaci můžeme rozdělit do čtyř stádií v závislosti na hladině alkoholu v krvi, jakákoli opilost je ale nebezpečná zejména u dětí a mladistvých (39):

- Lehká opilost – alkoholémie do 1,5 g/kg – označována jako excitační stádium, člověk je výřečný, rozpustilý, přátelský, sebejistější.
- Opilost středního stupně – alkoholémie 1,6 – 2 g/kg – hypnotické stádium, člověk je nekritický, netaktní, hlučný.

- Těžká opilost – alkoholémie více než 2 g/kg – narkotické stádium, přichází únava, ospalost, zvracení.
- Těžká intoxikace se ztrátou vědomí – alkoholémie nad 3 g/kg – asfyktické stádium, hrozí zástava dechu a oběhu (**19**).

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí především na množství požitého alkoholu a mají komplexní charakter. Na výsledném efektu (projevech chování) se podílejí dispozice biologické (kondice, zdravotní stav, osobnostní dispozice), psychologické (očekávaný efekt, nálada) i vlivy sociální (prostředí, kde se alkohol konzumuje, působení dalších osob) (**13**).

Krátkodobé nežádoucí účinky:

- Intoxikace je provázena somatickými příznaky v závislosti na výši dávky, patří sem porucha rovnováhy, svalové napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení.
- Mohou se projevit poruchy chování s agresivitou, snížená sebekritičnost může vyvolat riskantní chování s následnými úrazy.
- Při těžké intoxikaci se dostavuje kvantitativní porucha vědomí až smrt.
- Relativně málo častá je patická opilost – vzniká po požití relativně malého množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci nezpůsobilo, dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování s agresivitou, stav odeznívá během několika minut až hodin, končí terminálním spánkem, na stav bývá amnézie.

Dlouhodobé nežádoucí účinky:

- Při dlouhodobém užívání alkoholu dochází k poškození gastrointestinálního traktu – poruchy trávení, průjmy, gastritidy, poškození jater může vést k jaterní cirhóze a jícnovým varixům, chronické poškození až k rozvoji nádorového bujení, díky poškození pankreatu se může vyskytnout diabetes.
- Avitaminóza při chronickém užívání alkoholu může vést až k život ohrožujícím stavům.
- Dále se vykytují funkční a orgánové poškození oběhového systému – arteriální hypertenze, kardiomyopatie.
- Často dochází k poruchám krvetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace.
- Nežádoucím účinkem jsou i poruchy spánku a úzkostně-depresivní stavy.
- Neurotoxické účinky alkoholu vyvolávají poškození nervového systému – organické poškození mozku, psychotická porucha (halucinace, paranoidní bludy, poruchy paměti až do stadia demence).
- U mužů může vést k impotenci.
- U těhotných žen může dojít k poškození plodu – fetální alkoholový syndrom (15).

### *1.10.2 Fáze závislosti*

Závislost se vyvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období. Je ale zřejmé, že riziko vzniku závislosti je potencováno nižším věkem konzumace (39). Vývoj závislosti popisuje Jellinekovo rozdělení:

1. *Prealkoholická, tj. iniciální fáze* trvá zpravidla půl roku až dva roky. Bývají pro ni typické společenské motivy, při nichž se člověk s alkoholem setkává. Při požívání alkoholu se dostavuje euforie, časem pije člověk proto, aby euforii prožil. Mění se tedy motiv užívání alkoholu, nejsou to již společenské motivy, ale snaha rozpustit psychickou tenzi. V této době se zvyšuje tolerance k alkoholu, což vede ke zvyšování dávek.
2. *Prodromální, tj. varovnou fázi* můžeme označit jako předzvěst vlastní závislosti. Jedinec pije častěji a vyšší dávky, dochází u něj k opilosti. Začíná pít kdykoli pociťuje zátěž, vše považuje za vhodné oslavy. V této fázi dochází k tajnému pití. Člověk má racionalizační tendence, dokáže vysvětlit sobě i druhým, proč pije, tvrdí, že má pití pod kontrolou a může kdykoli přestat. Tato fáze končí zlomem, který představuje jeho izolaci od ostatních lidí, ti ho považují za nespolehlivého a nedůvěryhodného.
3. *V kruciólní, tj. rozhodné fázi* tolerance na alkoholu stále roste, pravidelně dochází k opilosti. Jedinec ztrácí kontrolu nad množstvím vypitého alkoholu, dostavují se u něj hysterické reakce k vynucení si alkoholu, své pití si sám sobě racionalizuje, roste u něj agresivita. V této fázi dokáže jedinec nějakou dobu abstinovat, ale jakmile se napije, nedokáže přestat a pije až do opilosti. V zaměstnání bývá v této době přeřazen na nižší pozici, což neposuzuje reálnou sebekritikou, ale pociťuje to jako křivdu. V této době také člověk přichází o přátele, které ho opouštějí či je opustí sám. U mužů snižuje alkohol potenci, což vyvolává žárlivost. V této souvislosti se mluví o emulačním, tj. žárliveckém bludu, tedy poruše myšlení, kdy je člověk nevypratelně přesvědčen, že skutečnost je přesně taková, jak o ní smýšlí on sám. V tomto stadiu pociťují lidé ráno nevolnost. Tu zahání opětovným pitím, takže dochází k rannímu pití alkoholu.

4. *Následuje fáze chronická, tj. terminální či konečná*, kdy se osobnost alkoholika hroutí, alkoholik začíná pít již ráno, je opilý celý den, stačí již velmi malé množství alkoholu, aby se opil do němoty. Na fyzické úrovni se dostavuje třes, na úrovni psychické pocity úzkosti, silný egoismus, poruchy vnímání a myšlení. Výjimkou nejsou ani alkoholické psychózy (34, 44).

V literatuře se můžeme ještě setkat s Jellinkovým členěním alkoholismu na typ alfa, beta, gama, delta, ypsilon a chronický.

*Alfa alkoholismus* je označení pro abúzus, tedy nadměrné pití. Jedinec neztrácí kontrolu nad množstvím vypitého alkoholu, nehrozí další progrese alkoholové závislosti.

*Beta alkoholismus* je typickým dlouhodobým užíváním alkoholu, v jeho průběhu se nevytváří závislost, ale projevují se somatické komplikace jako např. jaterní cirhóza, gastritida aj.

U *gama alkoholismu* se objevuje zvýšená tolerance k alkoholu, ztráta kontroly v pití, po odnětí alkoholu nastávají abstinenční chronické symptomy, např. zvýšená potivost, nespavost, zvracení, průjmy, zvýšená teplota. Jedná se o alkoholickou toxikomanii.

*Delta alkoholismus* je taková toxikomanie, při které jedinec neztrácí kontrolu nad množstvím konzumovaného alkoholu, ale není schopen abstinovat. Nedochází k opilosti, ale rovněž ani ke střízlivosti.

*Epsilon alkoholismus* se též nazývá dipsomanie. Jedná se o periodické excesy v pití trvající až několik dní, kdy dochází k neovladatelné touze po alkoholu a následnému pití spojenému se ztrátou kontroly. V mezidobí trvajících i několik měsíců bývá jedinec pouze konzumentem alkoholu či dokonce abstinuje.

Při *chronickém alkoholismu* vznikají somatické a psychické poruchy, které vznikají na podkladě chronické intoxikace alkoholem (44).

### ***1.11 Drogy a drogová závislost***

Látky měnící naše vědomí fascinují lidstvo již od nepaměti. Jsou pro lidi přitažlivé a lákající, lidé chtějí vyzkoušet jejich účinek. Některé látky jsou ve společnosti legální a tolerované, jejich užívání je mezi lidmi běžné. Jiné látky jsou ve společnosti nepřijatelné, zákonem nazvány jako nelegální a jsou považovány za vysoce rizikové. Míra nebezpečnosti těchto látek se liší, pohybuje se v rozmezí od relativně málo nebezpečných, až po látky vysoce návykové a rizikové (19).

#### ***1.11.1 Droga***

Jako droga se označuje každá látka, přírodní či syntetická, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. že ovlivňuje naše vnímání, prožívání reality kolem nás, mění vnitřní naladění člověka, zkrátka působí na psychiku
2. má schopnost vyvolat závislost, někdy se toto z nedostatku pojmenování nazývá potenciál závislosti, který je u různých drog větší či menší, ale přítomen je vždy (28).

Především v posledním desetiletí prodělalo slovo droga velkou inflaci a je používáno jako synonymum pro jakékoli silné zaujetí, jak v kladném, tak v pejorativním smyslu. Drogy jsou ilegální, zákonem zakázané omamné či psychotropní



látky, jejichž explicitní seznam je v České republice uveden v zákoně č. 167/1998 Sbírky o návykových látkách (67).

### *1.11.2 Rozdělení drog*

- a) Konopné drogy – marihuana, hašiš
- b) Halucinogenní drogy – LSD, lysohlávky a ostatní přírodní drogy
- c) Stimulancia – kokain, pervitin
- d) Opioidy a opiáty – heroin, braun, metadon
- e) Taneční drogy – extáze, falešné extáze
- f) Těkavé látky
- g) Léky vyvolávající závislost – analgetika, sedativa, anxiolytika (13)

### *1.11.3 Drogová závislost*

Fyziologické a psychické účinky drog vedou konzumenta k opakovanému užití této látky. Droga vyvolává tyto žádoucí účinky a navozuje tak požadované prožitky, objevuje se však potřeba vyšší a častější dávky k navození stejných účinků, neboť organismus získává stále větší toleranci k droze. Čím delší je užívání a tedy vyšší a častější dávka, tím více se mění psychické a fyziologické vlastnosti. U konzumenta dojde k narušení schopnosti autoregulace a jedinec není schopen přestat (13).

Drogovou závislost můžeme definovat jako soubor psychických a somatických změn, které se vytvoří jako následek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Různé druhy drog mají různé účinky a vyvolávají různé typy závislostí:

- a) biologickou (somatickou, fyzickou) – stav adaptace organismu na návykovou látku, který je doprovázen zvyšující se tolerancí a při vysazení se objevuje abstinenční syndrom,
- b) psychickou – potřeba užívat drogu opakovaně či trvale pro navození příjemných prožitků nebo odstranění těch nepříjemných či zatěžujících, jedinec užívá drogu pro uspokojení (56).

Dle WHO je závislost na drogách, alkoholu a lécích stav periodické či chronické intoxikace, který je vyvolán opakovaným užíváním přírodní nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jednotlivce i společnost (44).

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje syndrom závislosti jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, ve kterých má užívání nějaké látky či skupiny látek mnohem větší přednost než činnosti, kterých si jedinec dříve cenil mnohem víc. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit až ve chvíli, dojde-li během jednoho roku ke třem či více z následujících jevů:

- silná touha či puzení brát drogu, tzv. craving
- potíže v sebeovládání při užívání drogy, pokud jde o začátek, konec nebo množství užití látky
- tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána za účelem zmenšení příznaků vyvolaných předchozím užíváním této látky, ke zmírnění odvykacího stavu se někdy užívá látka s podobnými účinky
- zvyšování tolerance k účinku drogy, tj. vyžadování vyšších dávek k dosažení stejného účinku, ke kterému dříve stačila dávka menší
- postupné zanedbávání jiných koníčků a aktivit ve prospěch užívané látky a větší množství času k získávání, užívání drogy či zotavení se z jejího účinku

- pokračování v užívání drogy přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (39).

Z výše uvedeného vyplývá, že drogová závislost je nemoc, ke které se člověk dostává přes experimentování a postupem času i pravidelné užívání drogy (8).

Závislost vede k narušení osobnosti, často i ke snížení inteligence a výkonnosti. Jestliže dojde v důsledku akutního nebo chronického působení návykové látky k poškození centrální nervové soustavy, a tedy ke změně osobnosti, je třeba tyto otravy drogami řadit k psychózám se somatickými příčinami (7).

#### *1.11.4 Příčiny vzniku drogové závislosti*

Závislost na drogách je multifaktoriálně podmíněná nemoc. Interakce těchto faktorů určuje pravděpodobnost experimentu i míru rizika vzniku závislosti:

- Složení psychoaktivní látky – velmi záleží na složení dané drogy a jejím působení na lidský organismus. Některé látky mají schopnost vyvolat závislost téměř u kohokoli, bez ohledu na individuální biologické a psychické vlastnosti jedince.
- Genetické dispozice – jsou považovány za významný faktor, není ale jednoznačně určeno, zda jde o komplex specifických genetických informací, podmiňujících např. vznik poruchy osobnosti a tím související potřebu nadměrného vzruchu, či o dědičně podmíněnou změnu receptoru či enzymu, který se podílí na zpracování psychoaktivní látky.
- Biologický základ – tedy zpracování psychoaktivní látky v organismu. Riziko užívání některých látek mohou ovlivnit určité fyziologické reakce, průběh metabolického zpracování,

kvalita a intenzita příznaků akutní intoxikace (nevolnost, zvracení).

- Psychické faktory – motivace, jež je spouštěčem experimentu, může vycházet z individuálních potřeb nebo je důsledkem sociálního tlaku. Obvykle jde o projev potřeby uniknout něčemu negativnímu, získat něco pozitivní či uchování si určité vztahy.
- Sociální faktory – mohou ve značné míře zvyšovat tendenci k užívání psychoaktivních látek. Patří k nim společnost, městské prostředí, dysfunkční rodina, sociální skupina, nižší úroveň vzdělání či sociální deprivace (56).

#### *1.11.5 Vývoj drogové závislosti*

Riziko vzniku závislosti na psychoaktivních látkách je nejvyšší v období dospívání, kdy má značný význam přítomnost. Výstrahy týkající se možného ohrožení v budoucnosti nemají velkou přesvědčivost. Obecně se v tomto období zvyšuje tendence experimentovat s rizikem, mladistvým chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost. Některé děti a mladiství mají sklon k antiidentifikaci se společenskými ideály, proto si cení jednání, které je obecně považováno za nežádoucí a nepřijatelné. 14% mladistvých uvedlo, že experiment s drogou je pro ně jednou z forem protestu vůči hodnotám a životnímu stylu dospělých (56). Jako další důvod k užití drogy v tomto období je uváděn vliv vrstevníků a nápodoba, kdy se riziko užívání zvyšuje v momentu zařazení se do drogy užívající společnosti (44). Jedinec své chování omlouvá tím, že ho všeobecně schvaluje (39).

Závislost na drogách vzniká mnohem rychleji než závislost na alkoholu. Je to jeden z důvodů, proč je věkový průměr drogově závislých mnohem nižší, se všemi negativními důsledky. V období dospívání mohou být tyto důsledky závažnější, neboť dojde také k narušení osobnostního rozvoje, osvojování si sociálních dovedností a

autoregulačních mechanismů (56). Jako nejnebezpečnější je uváděno užívání drog s vysokým rizikem vzniku závislosti (opiáty, stimulancia), které je umocněno nízkým věkem uživatele (15).

Vývoj vzniku drogové závislosti můžeme rozdělit do 4 fází:

- 1) Experiment: jedinec bere drogy s druhými, pokud je mu nabídnuto, poznává euforické zážitky, droga mu poskytuje žádoucí pocity. Spouštěčem může být nuda, zvědavost, touha poznat něco nového či uniknout před něčím nepříjemným. Zdraví ani pracovní způsobilost a výkonnost není narušena. Tato fáze užívání neovlivňuje ani finance jedince. V emocionální sféře převažuje zvědavost.
- 2) Stádium aktivního vyhledávání: jedinec se sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu přátel. Většinou si vytváří vlastní zásobu drog, již za ně utrácí peníze. Zdraví je většinou nenarušeno, objevují se první dojezdy a kocoviny. Pracovní aktivita již může být dotčena. Na pocitové úrovni vyhledává jedinec slast, ale prožívá již i dysforie.
- 3) Stádium zaujetí drogou: spotřeba drog narůstá, s ní i utracené peníze. Jedinec se distancuje od původního prostředí a mění své postoje a názory. Již se objevují poruchy výživy a spánku. Podává horší pracovní výkony, vypadá neupraveně. Na pocitové úrovni jsou časté výkyvy nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy.
- 4) Stádium závislosti: všichni jeho přátelé berou drogy, jedinec bere často i sám a vysoké dávky. Lže, krade, prodává drogy, půjčuje si peníze na dluh. Zdraví je již narušeno mnohými fyzickými a duševními problémy. Jedinec ztrácí práci, má výrazné finanční problémy. Drogy bere, aby se cítil normálně, překonává pocity viny, je plně zaujat drogou (67).

## ***1.12 Statistika rizikového chování na základních školách***

### ***1.12.1 Statistika šikany***

Studie Michala Koláře ukazuje, že téměř polovina žáků se stává obětí šikany. Dle jeho výzkumů ji zažilo 300 000 dětí. A devadesát procent učitelů přiznalo, že v okamžiku jejího výskytu neví, jak reagovat. Kolářova studie ukazuje, že pět procent žáků je šikanováno několikrát týdně, tři a půl procenta jednou týdně a dvacet procent dětí se stalo terčem spolužáků již nejméně jednou či dvakrát **(5)**.

### ***1.12.2 Statistika užití nelegální látky u mladistvých***

V roce 2007 byla v projektu ESPAD provedena Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Z jejích výsledků vyplývá, že 46,6% náctiletých studentů má zkušenost s užitím nelegální látky. Nejčastěji užitými drogami jsou konopné látky, se kterými má zkušenost 45,1% žáků. U poloviny respondentů se jednalo o jednorázové užití, druhá polovina uvedla užití více než 5krát v životě. Druhé místo pomyslného žebříčku obsadilo užití léků se sedativním účinkem užitých bez doporučení lékaře (9,1%). Mezi žáky základních škol je dle studie oblíbené užití lysohlávek a jiných přírodních drog (7,4%), čichání těkavých látek (7%), užití LSD (4,9%) a užití extáze (4,6%). Zkušenosti žáků a studentů s užíváním pervitinu a heroinu jsou v České republice stabilně relativně nízké (pervitin 3,8%, heroin 2%) **(64)**.

Studie dále ukazuje, že s kouřením tabákových výrobků má zkušenost 67,7% žáků 9. tříd základních škol a 17% žáků 9. tříd základních škol kouří denně **(25)**.

Dle studie, která se provádí od roku 1994, se do roku 2002 zvyšoval počet dětských kuřáků, v letech 2002 až 2006 ale počet dětských kuřáků klesl. V roce 2006 kouřilo minimálně jednou týdně 8,4% třináctiletých a 21% patnáctiletých dětí, mezi patnáctiletými bylo 16,3% každodenních kuřáků **(45)**.

Z výsledků studie dále vyplývá, že 98,7% žáků 9. tříd ZŠ již někdy ochutnalo alkohol. Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem je pivo (47%) (50).

### *1.12.3 Věk prvního experimentu, pravidelného užívání a primární prevence*

Z výzkumu prováděného v roce 2006 na základních školách je zřejmé, že průměrný věk pro první užití tabákového výrobku je 10,3 let a pro pravidelné kouření 11,2 let. Primární prevence kouření tabákových výrobků ale přichází okolo 12. roku, tedy již po prvním experimentu. Průměrný věk pro první ochutnání alkoholu je ještě nižší, a to 9,6 let. Výzkum ukázal, že nejčastějším zdrojem podání alkoholu jsou rodiče, následně příbuzní a kamarádi. U dětí, kterým alkohol podali kamarádi, je výrazně vyšší a častější opilost než u dětí, kterým jej podali rodiče. Primární prevence užívání alkoholu přichází v tomto případě také pozdě, též okolo 12. roku dítěte.

U nelegálních drog je věk prvního experimentu 13,1 let a věk pro pravidelné užívání 14,5 let. 15,2% dotázaných uvedlo, že užíli drogu ze zvědavosti, 12,8% z vlastního rozhodnutí, 2% na radu kamaráda a 1,7% se rozhodlo jejím užitím řešit nějakou krizi. Ani v tomto případě není primární prevence realizována již před samotným experimentem, na školách se objevuje kolem 14. roku.

Výzkum se dále zabýval dalšími formami rizikového chování, a to používáním počítače, mobilních telefonů, gamblingem a šikanou. Z výsledků vyplývá, že děti vlastní počítač průměrně od 9,8 let a mohou jej užívat téměř neomezeně. Největší procento ve využívání počítače zaujímá hraní her a chatovací programy.

Věk pro první vlastnění mobilního telefonu je též 9,8 let. Čtvrtina dotázaných uvedla, že při nemožnosti telefonovat, posílat či přijímat SMS zprávy má téměř nesnesitelné pocity. Stejně jako v případě počítačů, ani v oblasti používání mobilních telefonů se primární prevence na školách téměř nerealizuje.

Hraní na výherních automatech začínají děti zkoušet již ve 12 letech, preventivní dění na toto téma ale začíná až kolem 14. roku.

Výsledky výzkumu dále ukazují, že průměrný věk pro setkání se šikanou je 9,6 let. Preventivní aktivity týkající se stmelování kolektivu a tedy předcházení šikany přichází ale až kolem 12. roku. (59).

#### *1.12.4 Drogy v krajích České republiky*

Vláda České republiky rozděluje v Národní strategii protidrogové politiky české kraje do pěti skupin dle výskytu demografických a socioekonomických rizikových faktorů a užívání drog:

- kraje Královéhradecký, Pardubický, Vysočina, Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský vykazují příznivé sociodemografické prostředí i situaci v užívání drog
- průměrný stav demografických ukazatelů a příznivou situaci v užívání drog lze najít v kraji Středočeském a Jihočeském
- Karlovarský a Liberecký kraj mají velmi nepříznivé demografické prostředí, neboť se v nich koncentrují problémové sociální jevy, ale situace v užívání drog je zde průměrná
- velmi nepříznivými demografickými ukazateli i velmi nepříznivou situací v užívání drog se vyznačuje Ústecký kraj
- hlavní město Praha se vyznačuje horším sociálním prostředím, koncentrací kriminality a velmi nepříznivou situací v oblasti užívání drog (37).



### ***1.13 Prevence rizikového chování***

Prevence užívání alkoholu a drog je definována jako intervence určená k zamezení nebo snížení výskytu a šíření škodlivých účinků užívání alkoholu či drog. Dle WHO rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciární (16).

Primární prevence si klade za cíl předejít zneužívání drog a/nebo oddálit první setkání dětí a mladistvých s drogami do (co nej)pozdějšího věku. Cílovou skupinou této prevence je dosud nezasazená populace (4). Pro zvýšení účinnosti by měla být primární prevence zahájena dva až tři roky před vlastním experimentem (13, 67).

Sekundární prevence je předcházení vzniku, rozvoji a trvání závislosti u jedinců, kteří již drogu užívají nebo se na ní stali závislí. Obvykle označuje včasnou intervenci, poradenství a léčení (16).

Terciární prevence je zaměřena na uživatele drog, kteří nejsou schopni či ochotni s užíváním přestat. Cílem je předejít či změnit rizikové chování, které může mít za následek poškození nebo zhoršení zdravotního stavu a/nebo sociální situace (67).

Dále můžeme primární prevenci rozdělit na specifickou a nespecifickou:

- Nespecifická prevence není přímo tematizována na užívání a zneužívání návykových látek. Zaměřuje se zejména na podporu zdraví ve smyslu tělesném, duševním a sociálním. Podporuje zdravý a sociálně přijatelný způsob životního stylu a je nejčastěji směřována do volnočasových aktivit (63).
- Jako specifickou prevenci označujeme všechny aktivity zaměřené na předcházení a omezování výskytu rizikového chování. Preventivní působení by mělo zahrnovat všechny složky preventivního dění, proto by se mělo týkat nejen dětí a mládeže, ale i jim blízkých autorit, tedy rodičů a pedagogů (14).

Specifická prevence se dle rizikovosti cílové skupiny dále rozděluje do tří úrovní:

- Všeobecná primární prevence se orientuje na běžnou populaci žáků a dospívajících, aniž by se tito dělili na méně či více rizikové skupiny.
- Selektivní primární prevence je zaměřená na osoby se zvýšenou přítomností rizikových faktorů pro vznik společensky nežádoucích jevů. Tato prevence se indikuje u skupin, kde je všeobecná prevence neúčinná. Programy selektivní primární prevence se nesnaží vyhledávat problémové žáky, jde spíše o stmelení kolektivu a vzájemnou toleranci.
- Indikovaná primární prevence je určená pro jedince více ohrožené možnostmi vzniku rizikového chování než jejich vrstevníci. Indikovaná prevence vychází z potřeb žáků, pedagogů či rodičů. Může být individuální i skupinová a je zaměřená především na žáky s poruchami chování nebo s problémovým postavením ve třídě (29).

#### *1.13.1 Minimální preventivní program*

Minimální preventivní program vychází z pokynu MŠMT, č. j.: 1454/2000-51, který do prevence rizikového chování zařazuje konzumaci drog včetně alkoholu, kouření, kriminalitu, virtuální drogy a gambling, záškoláctví, šikanu a jiné násilí, rasismus, xenofobii, intoleranci a antisemitismus. Cílem minimálního preventivního programu je ve spolupráci s rodiči formovat osobnost žáka tak, aby byl schopen se s ohledem na svůj věk orientovat v dané problematice, zkoumat ji, ptát se, rozhodovat se tak, aby si vážil zdraví, umět nakládat s volným časem a zvládat sociální dovednosti (22).

Na tvorbě i realizaci Minimálního preventivního programu se podílí všichni pedagogičtí pracovníci dané školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace je standardní činností školního metodika prevence, který dle potřeby spolupracuje s metodikem

prevence v pedagogicko-psychologické poradně při tvorbě a vyhodnocování Minimálního preventivního programu. Školní metodik vypracovává závěrečnou zprávu, která bývá součástí výroční zprávy školy. Minimální preventivní program podléhá kontrole České školní inspekce (30).

### 1.13.2 Cíle prevence dle věku

- Předškolní věk (3 – 6 let): v tomto věku je cílem prevence zakotvit zdraví jako důležitou životní hodnotu, kterou je potřeba chránit, uvědomovat si nebezpečí a umět se mu vyhýbat. Součástí prevence v předškolním věku je též podpora zdravých sociálních vztahů mimo rodinu, proto tyto programy spadají spíše do nesespecifické prevence.
- Mladší školní věk (6 – 12 let): cílem prevence u populace v mladším školním věku je prohloubení dovedností chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti. Dále by se měly dětem předat informace o škodlivosti alkoholu a tabáku a vymezit základní pravidla týkající se užívání těchto látek.
- Starší školní věk (12 – 15 let): prevence v tomto věku si klade za cíl rozvoj sociálních dovedností, a to především v navazování zdravých vztahů mimo rodinu, schopnosti čelit sociálnímu tlaku, dovednosti rozhodovat se a efektivně řešit konflikty. Zásadní součástí jsou programy zaměřené na problematiku návykových látek, jejich účinky a rizika.
- Mládež (15 – 18 let): v tomto věku je nutné podpořit protidrogové postoje, nabídnout alternativní možnost trávení volného času, seznámit s možnostmi řešení obtížných situací a nabídnout místa, kam se může člověk obrátit v případě problému spojeným s užíváním návykových látek.

- Dospělá populace: cílem je podání objektivních informací z oblasti užívání návykových látek a odbourání mýtů spojených s jejich užíváním (52).

## 2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

### 2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat výskyt a rozsah vybraného rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol v Jihočeském, Středočeském a Ústeckém kraji.

Dílním cílem bylo porovnat výskyt těchto jevů v jednotlivých krajích.

Druhým dílním cílem bylo získaná data komparovat s realizovanou primární prevencí.

### 2.2 Hypotézy

Pro svou práci jsem si předem stanovila základní hypotézy:

**H1:** V Ústeckém kraji je četnější výskyt vybraných forem rizikového chování než v ostatních měřených regionech.

**H2:** Ve Středočeském kraji je nejnižší výskyt zkušeností s užitím nelegální drogy oproti ostatním měřeným regionům.

**H3:** Jedinci, kteří kouří tabákové výrobky, mají větší zkušenost s ilegálními drogami než nekuřáci tabákových výrobků.

**H4:** Dívky jsou náchylnější ke vzniku rizikového chování v návaznosti na používání mobilního telefonu než chlapci.

## 3 METODIKA

### 3.1 Použité metody a techniky sběru dat

V práci jsem použila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, technikou anonymního dotazníku.

Dotazníkem chápeme předem připravený soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři (61). Vlastní sběr dat a vyplňování dotazníku jsem zajišťovala prostřednictvím přímého kontaktování s respondenty (20). Celý dotazník a formulace jednotlivých otázek ovlivňuje určitým způsobem dotazovaného a vytváří jisté klima, které se promítá do odpovědí. Celková skladba dotazníku by měla:

- zahrnovat všechny podstatné oblasti a problémy, na něž hledáme odpověď, abychom nemuseli provádět zbytečná došetřování
- být pro respondenta přitažlivá, nikoli odpuzující
- pokládat otázky jasné, zřetelné, jednoznačné, aby mohl dotazovaný bez obtíží, pravdivě a bez dlouhého rozmyšlení, na tyto otázky odpovědět.

V dotazníku jsou také zařazeny otázky týkající se základních identifikačních znaků respondenta (např. pohlaví, věk, bydliště) (62).

Dále byl při stavbě dotazníku kladen důraz na rozsah, formu dotazníku a potřebný čas pro vyplnění respondenty v návaznosti na věková specifika daného výzkumného souboru. Porušením těchto základních pravidel pak dochází ke zkreslení odpovědí a následné validity získaných dat a údajů.

Dotazník, který jsem použila pro potřeby svého výzkumu, obsahoval 28 otázek. Jedná se o otázky uzavřené a polouzavřené, použity jsou i otázky škálového typu. Dotazník je rozdělen do několika částí. První část obsahuje otázky týkající se základních identifikačních údajů respondenta (otázka číslo 1-3). V dalších částech dotazníku (od otázky 4 až 27) jsou otázky zaměřené na rozsah výskytu jednotlivých

jevů a věk první zkušenosti respondenta s tímto rizikovým chováním (zkušeností se míní jakékoli vlastní užití respondentem). Poslední část dotazníku se týká věku, ve kterém se respondent poprvé setkal s primární prevencí na vybrané rizikové chování (Otázka 28, která je rozdělena dle jednotlivých typů a forem preventivního dění od 28a až 28i). Vlastní dotazník je uveden v příloze 1.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Respondenty v dotazníkovém šetření byli žáci devátých tříd základních škol v předem vydefinovaných regionech České republiky. Vzorek byl zvolen kvótním výběrem, kdy kvótou byl žák deváté třídy základní školy, dále zastoupení pohlaví a vybraný region. Data byla vždy sbírána jednou osobou (administrátorem), aby byla minimalizována možná chyba způsobená rozdílnými administrátory (direktivnost, porušování anonymity při vyplňování dotazníku respondentem), a to vždy bez přítomnosti pedagoga či pro respondenty jiné blízké autority, které by mohli výrazně ovlivnit výslednou validitu a reliabilitu dat.

Vlastní šetření probíhalo od října 2008 do ledna 2009. Do dotazníkového šetření bylo zapojeno celkem 17 základních škol z regionů Jižních Čech, Středních Čech a Ústeckého kraje. V Ústeckém kraji je dle Národní strategie protidrogové politiky (37) nejhorší situace v užívání nelegálních látek, na rozdíl od Jihočeského kraje, kde je drogová zátěž včetně výskytu rizikového chování naopak nízká. Abych nezkoumala jen dva okrajové regiony republiky, rozhodla jsem se do své práce zařadit i Středočeský kraj, který je svými demografickými údaji podobný ostatním měřeným regionům. Ve všech regionech byla zvolena základní škola sídlištního typu, dále škola na periferii velkého města a škola sídlící v menším městě, přičemž všechny měřené školy požadují utajení jejich identity. Z tohoto důvodu mi nebylo umožněno sbírat data ve městech, kde je pouze jedna základní škola a mohlo by tak dojít k identifikování dané školy.

V Jihočeském regionu bylo provedeno šetření v 6 devátých třídách, přičemž 2 deváté třídy byly ze škol ze škol sídlištního typu v Českých Budějovicích, další 2 třídy z Týna nad Vltavou a 2 třídy z Novohradsku. Ve Středočeském kraji byly 2 deváté třídy z Příbrami a dvě deváté třídy ze Sedlčan u Prahy. V Ústeckém kraji byly 2 deváté třídy z Ústí nad Labem, 2 třídy z Teplic, 1 třída z Podbořad a 2 třídy z Loun.

Celkově byly dotazníky rozdány v 17 třídách. Po osobní či telefonické domluvě s ředitelem či ředitelkou školy byly domluveny termíny pro rozdání dotazníků. O této skutečnosti byli informováni i třídní učitelé jednotlivých tříd a do jednotlivých tříd jsem byla uvedena pedagogem s důrazem na anonymitu získávaných dat. Po té jsem osobně dotazníky předala respondentům a požádala je o jejich pravdivé vyplnění. Z mé strany jim byly také sděleny potřebné informace k jejich vyplnění a byla opětovně zdůrazněna anonymita dotazníků, technika zpracování a konečné výstupy v podobě nikoliv jednotlivců, ale regionů.

Dále bylo jak statutárním zástupcům škol, tak i respondentům sděleno, jakým způsobem budou vyplněné dotazníky likvidovány. V průběhu administrace i vlastního vyplňování byl respondentům opakovaně kladen důraz na anonymitu a každý měl možnost se dotazníkového šetření neúčastnit, což ani jeden z respondentů nevyužil.

Celkem bylo rozdáno 432 dotazníků, z nichž 432 vyplněných dotazníků bylo vráceno pro zpracování, čili návratnost byla 100%. Toto bylo zajištěno mojí osobní účastí jako administrátora sběru dat. Pro vlastní zařazení do výzkumu mohlo být použito pro potřeby výzkumu 405 dotazníků, protože 27 dotazníků bylo vyplněno nedostatečně, či byly zřejmě uvedené nepravdivé údaje. Dále bylo vyřazeno náhodným výběrem dalších 21 dotazníků z důvodu sjednocení zastoupení pohlaví ve všech měřených regionech. Takto získaná data byla stratifikována dle jednotlivých regionů do celkového souboru.

Vlastnímu šetření předcházela provedení předvýzkum, který byl proveden v návaznosti na cílový soubor u 48 respondentů. V průběhu předvýzkumu byly některé otázky upraveny pro lepší srozumitelnost respondentům či byly doplněny v návaznosti

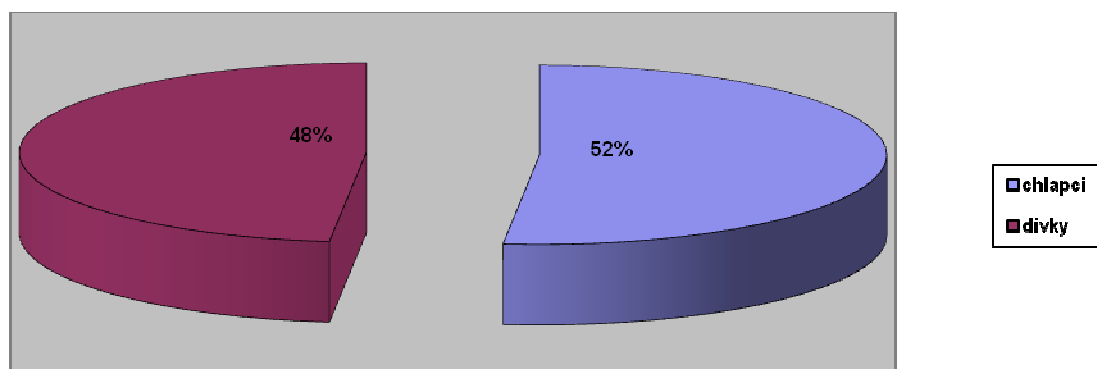


na četnost odpovědí. Celkový výzkumný soubor je tvořen respondenty ze Středočeského, Jihočeského a Středočeského kraje, kdy se v práci s takto stratifikovaným souborem dále pracuje za účelem zjištění celkového stavu výskytu vybraných forem rizikového chování a dále za účelem vzájemné komparace jednotlivých regionů. V průběhu komparování jednotlivých regionů byla získaná data v daném kraji vždy považována za 100%, a to z toho důvodu, aby bylo možné provést vzájemnou komparaci jednotlivých regionů. Zpracování výzkumu bylo provedeno prostřednictvím tabulkového editoru MS Windows Excel, kde byla data sumarizována do grafického a tabulkového znázornění. Zpracovaná data byla interpretována v průměrném výskytu nebo absolutní četnosti jevu v souboru, či procentickém zastoupení jevu a průměru hodnot ve škálovém hodnocení.

## 4 VÝSLEDKY

Vlastní kvantitativní výzkum byl proveden v Jihočeském, Středočeském a Ústeckém kraji na vybrané rizikové chování u žáků devátých tříd základních škol. Takto získaná data monitorují výskyt, četnost, rozsah a věk zapojení respondentů do vybraných jevů rizikového chování s cílem tyto data komparovat s realizovanou primární prevencí v měřených základních školách. Celkový výzkumný soubor je složen z respondentů devátých tříd základních škol z regionu Jižních, Středních Čech a Ústeckého kraje. Rozložení respondentů bylo provedeno tak, aby v každém regionu bylo stejné zastoupení respondentů podle pohlaví.

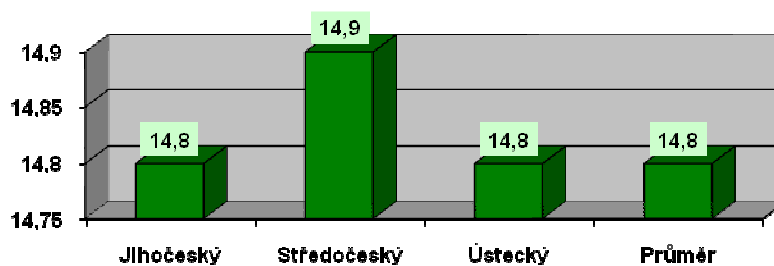
**Graf 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Toto rozdělení koreluje se zastoupením respondentů v obecné populaci odpovídající cílové populaci v České Republice. Rozdělení respondentů je 52% chlapců a 48% dívek.

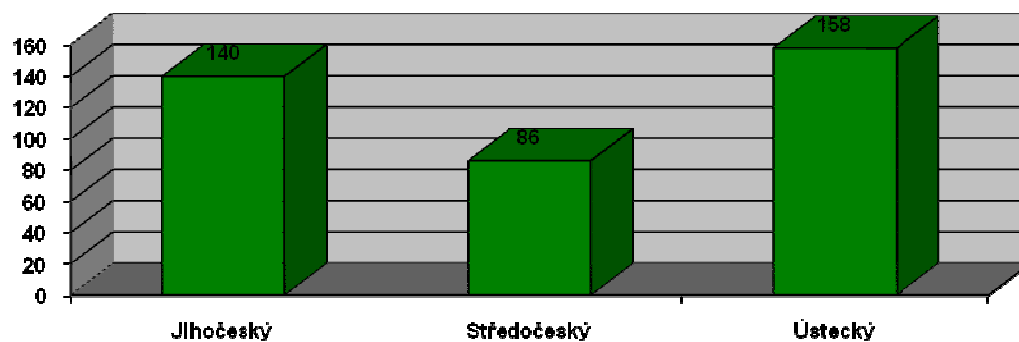
**Graf 2: Věk dotázaných respondentů.**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 2 uvádí věkové rozložení výzkumného souboru. Průměrný věk respondentů v jednotlivých regionech je vzájemně vyrovnaný a činí 14,8 let u všech dotázaných respondentů.

**Graf 3: Rozložení respondentů výzkumného souboru.**



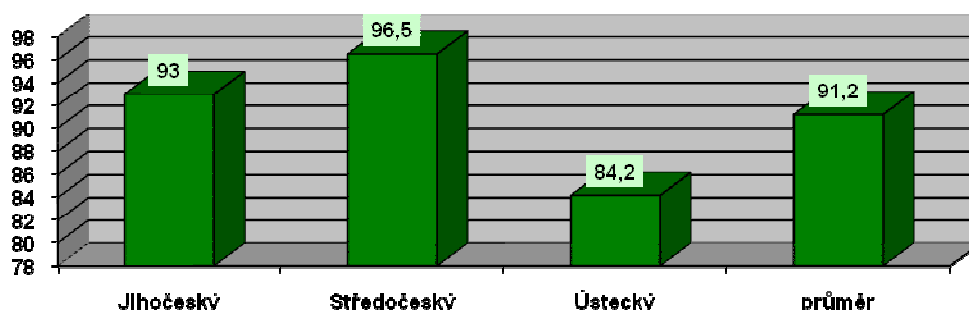
**Zdroj: Vlastní výzkum**

V grafu 3 je znázorněno rozložení respondentů dle jednotlivých regionů, kdy v Jihočeském kraji bylo použito pro vlastní výzkum celkově 140 respondentů, ve Středočeském kraji 86 respondentů a v Ústeckém 158 respondentů. Takto získané

vzorky byly záměrně zvoleny pro potřeby komparace jevu v jednotlivých měřených regionech České republiky s cílem zjistit případné rozdíly zapojení do vybraného rizikového chování cílového souboru v jednotlivých regionech.

Výzkumný soubor jednotlivých krajů tvoří vždy 100% za daný region a tak byly data mezi sebou komparovány s cílem zjištění rozdílu ve výskytu rizikového chování.

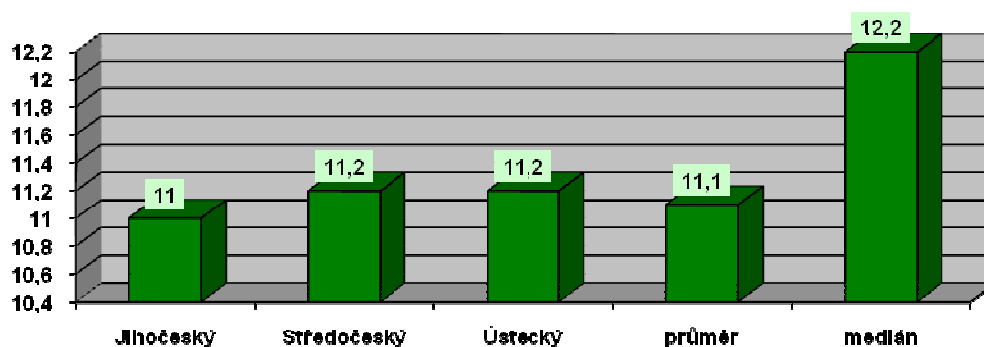
**Graf 4: Zkušenost respondentů s alkoholem (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

V oblasti vlastní zkušenosti respondentů s alkoholem je patrný rozdíl mezi jednotlivými regiony, jak je znázorněno v grafu 4. Nejnižší kontakt s alkoholem je v Ústeckém kraji 84,2%, střední zkušenost vykazuje Jihočeský kraj 93% dotázaných respondentů a nejvyšší zkušenost respondentů je ve Středočeském kraji 96,2% respondentů. Rozdílnost mezi Ústeckým a Středočeským krajem činí 12,2 % respondentů. Celkově lze konstatovat, že v průměru má 91,2 % žáků v deváté třídě vlastní zkušenost s alkoholem.

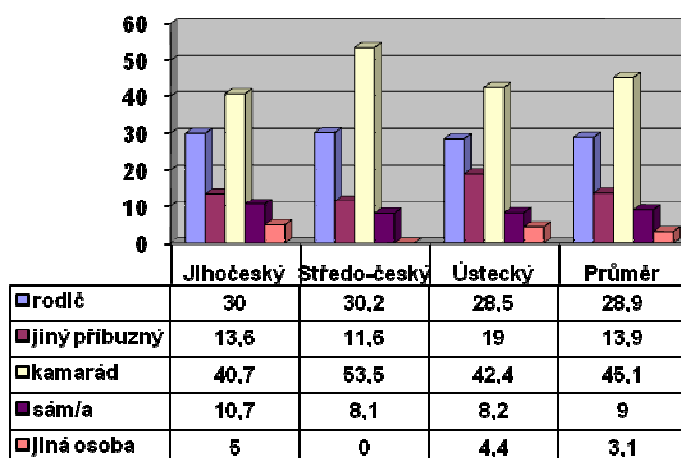
**Graf 5: Věk první vědomé zkušenosti respondenta s alkoholem.**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Výše uvedený graf zkoumá první vědomou zkušenost respondentů s alkoholem, tj. věk, kdy si dotazovaní respondenti uvědomují první konzumaci alkoholu. Z grafu 5 je patrná nejčasnější konzumace alkoholu v Jihočeském kraji, kde je průměrný věk konzumace alkoholu jedenáct let, oproti ostatním regionům, kde je 11,2 let. Rozdílnost věku hodnotím jako významně nepodstatnou. Republikový průměrný věk pro první vědomou konzumaci alkoholu je 11,1 roku, přičemž medián je 12,2 let věku respondenta.

**Graf 6: Zdroj prvního podání alkoholu (%).**

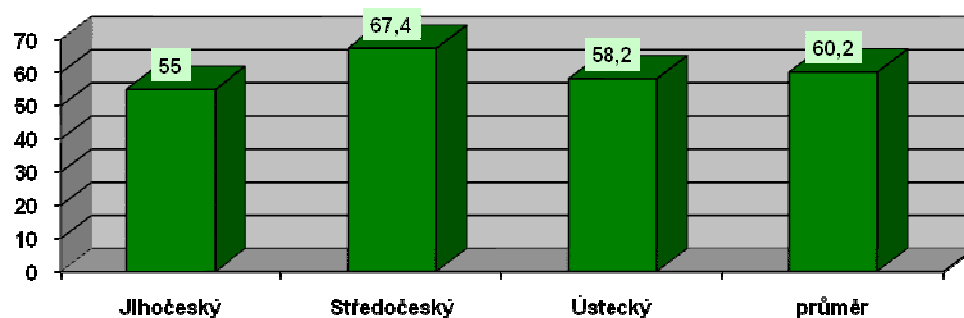


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Z grafu vyplývá, že nečastějším zdrojem prvního podání alkoholu je kamarád (45,1% v průměru). Tento zdroj je nejčetnější ve Středočeském kraji (53,5%), poté v kraji Ústeckém (42,4%) a nakonec v Jihočeském kraji (40,7%). Druhým nejčastějším zdrojem jsou rodiče (v průměru 28,9%). Nejvíce podávají první alkohol rodiče ve Středočeském kraji (30,2%), téměř stejně často i v kraji Jihočeském (30%). Nejméně jsou rodiče zdrojem prvního alkoholu v Ústeckém kraji (28,5%).

Třetím nejčastějším zdrojem (13,9%) je dle respondentů jiný příbuzný (prarodiče, bratranec/sestřenice, tetička/strýc). Zde se pořadí krajů obrací, nejčetněji se tato odpověď vyskytuje v Ústeckém kraji (19%), poté v Jihočeském kraji (13,6%) a nakonec ve Středočeském kraji (11,6%). Celkem 9% respondentů odpovědělo, že si první alkohol vzali sami. Nejvíce takto odpověděli respondenti v Jihočeském kraji (10,7%), poté téměř shodně v Ústeckém a Středočeském kraji (8,2% a 8,1%). Poslední možností byla jiná osoba, kterou odpovědělo 3,1% všech respondentů. Ve Středočeském kraji tuto možnost nevyužil ani jeden respondent, naopak v Jihočeském kraji 5% respondentů a v Ústeckém kraji 4,4% respondentů. Jako jinou osobu nejčastěji uváděli rodinného známého.

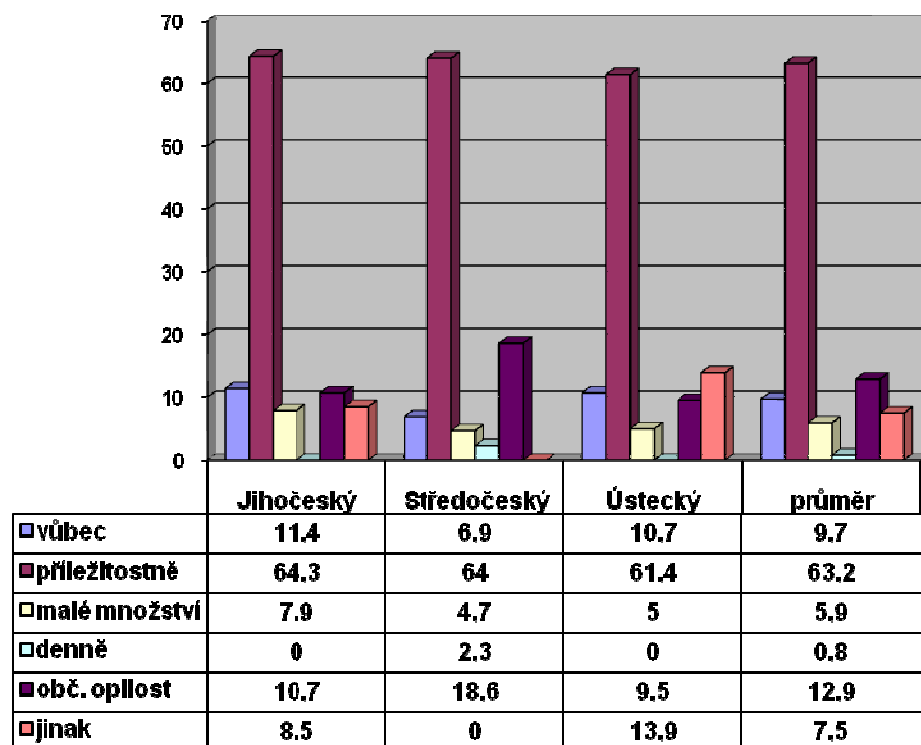
**Graf 7: Rozdělení respondentů dle subjektivního hodnocení opilosti (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 7 vyhodnocuje otázku, zda byl respondent již někdy opilý. 60,2% všech respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně. Nejvíce se na tomto výsledku podílí Středočeský kraj s 67,4%, poté Ústecký kraj (58,2%) a nejméně Jihočeský kraj s 55% respondentů.

**Graf 8: Častost pití alkoholu (%).**



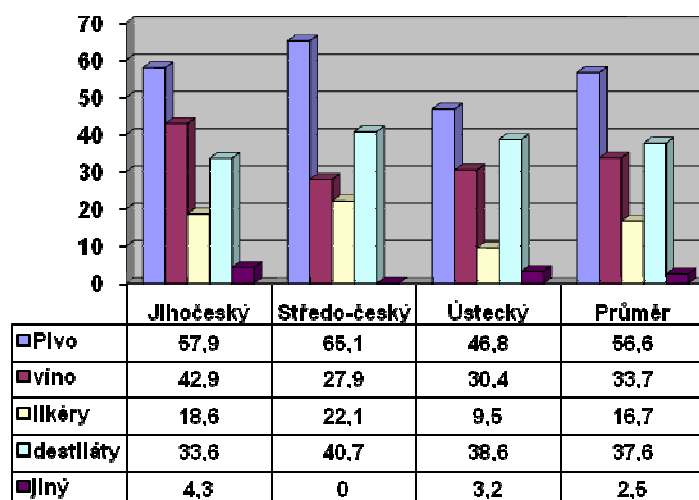
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Ve výše uvedeném grafu je znázorněna častost pití alkoholu dotázanými respondenty. Nejvíce je alkohol odmítán u respondentů v Jihočeském regionu, kde 11,4% respondentů uvedlo, že alkohol nepijí nikdy, následně v Ústeckém kraji (10,7%) a nejméně ve Středočeském kraji (6,9%). Nejčastějším způsobem konzumace je příležitostné pití alkoholu, jako jsou rodinné oslavy, párty či mimořádné setkání s přáteli apod., které je srovnatelné ve všech sledovaných regionech. Nejčetnější příležitostná konzumace alkoholu je v Jihočeském kraji (64,3%) a tomuto výsledku se přibližuje Středočeský kraj (64%). Nejnížší příležitostná konzumace alkoholu se vyskytuje u respondentů v Ústeckém kraji (61,4%).



Dále byla zkoumána častost pití alkoholu v malém množství například v návaznosti na stravovací režim (sklenička piva po jídle), které je nejčastěji v Jihočeském kraji (7,5%), následně v Ústeckém kraji (5%) a nejméně ve Středočeském kraji (4,7%). Jako rizikové hodnotím denní konzumaci alkoholu, která byla zaznamenána pouze ve středočeském kraji u 2,3% dotázaných respondentů. Tento region hodnotím jako nejrizikovější, a to i z důvodu pití spojeného s vyhledáváním alkoholu pro jeho účinky (občas se opiji), které činí ve Středočeském kraji 18,6%, což je velmi vysoká hodnota oproti ostatním regionům (Jihočeský 10,7%, Ústecký 9,5%). Dále respondenti velmi často využívali možnosti jiný způsob častosti pití alkoholu, který v Ústeckém kraji využilo 13,9% respondentů, v Jihočeském kraji 8,5% a v Ústeckém kraji tuto možnost nevyužil žádný respondent. Nejčastěji respondenti odpovídali ve smyslu víkendové konzumace alkoholu nebo v souvislosti s náhodnou aktivitou, u které není žádná pravidelnost.

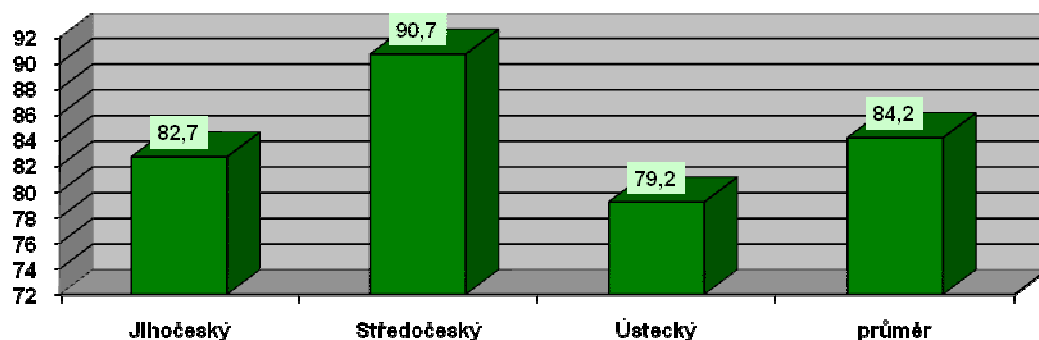
**Graf 9: Preference konzumovaného alkoholu (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 9 ukazuje, že jednoznačně nejoblíbenějším alkoholem je pivo (56,6% respondentů). Nejvíce chutná pivo respondentům ve Středočeském kraji (65,1%), dále v Jihočeském kraji (57,9%) a nejméně v kraji Ústeckém (46,8%). Na druhém místě v oblíbenosti se umístili destiláty (37,6% respondentů). Toto procento je nejvíce syceno respondenty ze Středočeského kraje (40,7%), poté z Ústeckého kraje (38,6%) a nejméně z Jihočeského kraje (33,6%). Třetí místo zaujímá víno, které chutná 33,7% všech respondentů. Víno je nejvíce oblíbené v Jihočeském kraji (42,9%), poté v Ústeckém kraji (30,4%) a nakonec ve Středočeském kraji (27,9%). Likéry jsou oblíbené u 16,7% respondentů. Respondenti také odpovídali možností Jiný alkohol, kde uváděli např. míchané nápoje. Tuto odpověď využilo 2,5% respondentů. V Jihočeském kraji takto odpovědělo 4,3% respondentů, v Ústeckém kraji 3,2% a ve Středočeském kraji tuto možnost nevyužil žádný respondent.

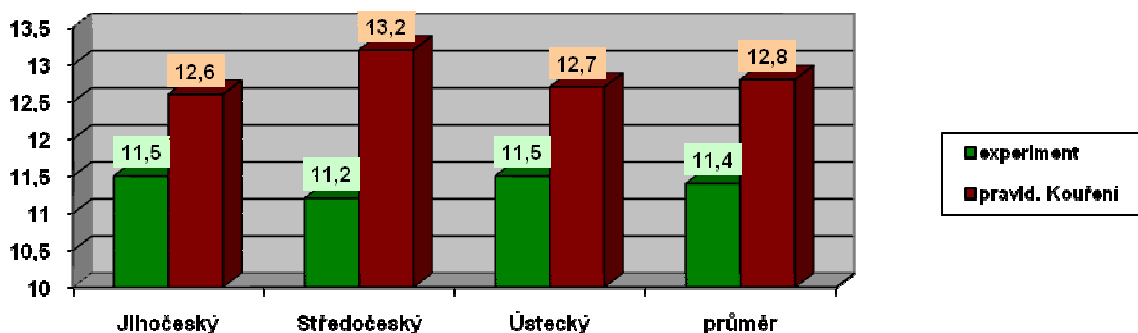
**Graf 10: Kouření tabákových výrobků (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Dalším rizikovým chováním, které bylo u respondentů zkoumáno, je kouření tabákových výrobků. Graf 10 ukazuje, kolik respondentů již někdy kouřilo tabákové výrobky. Nejčtenější zkušenost s užitím tabákových výrobků je ve Středočeském regionu (90,7%), následně v Jihočeském kraji (82,7%) a nejnižší zkušenost s užitím mají respondenti v kraji Ústeckém (79,2%). V celorepublikovém průměru již zkusilo tabákový výrobek 84,2% žáků devátých tříd.

**Graf 11: Věk pro experiment a užívání tabákových výrobků.**

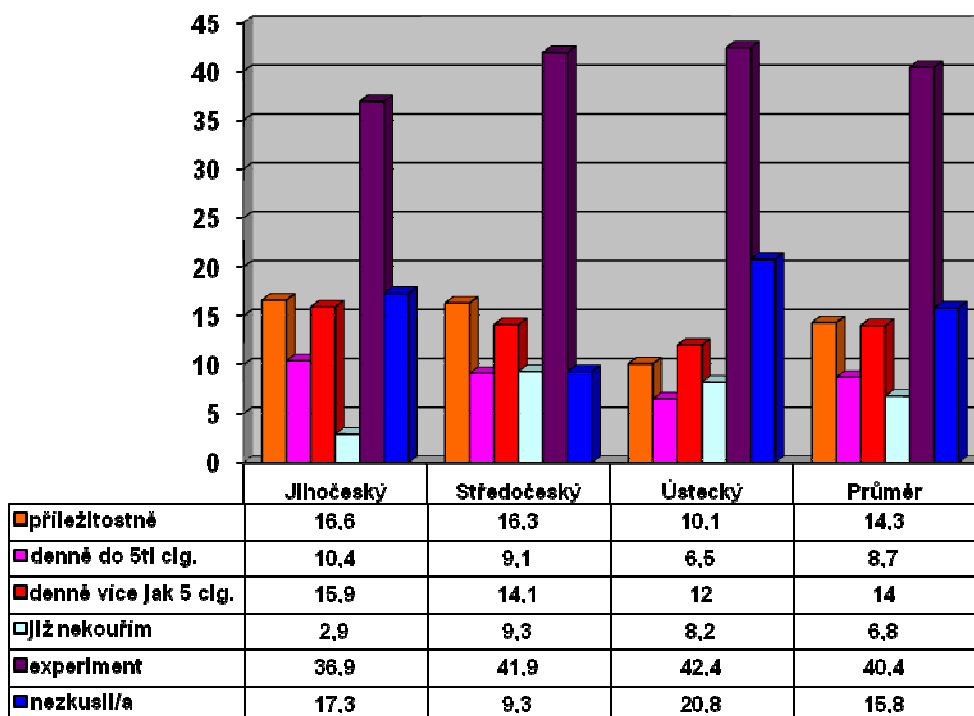


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Stejně jako vlastní experiment a pravidelné kouření byl zkoumán i průměrný věk tohoto rizikového chování, který je uveden v grafu 11.

Věk experimentování s tabákovými výrobky je ve všech měřených regionech přibližně stejný, a to v rozmezí 11,2 let ve Středočeském kraji a shodně v 11,5 letech v Jihočeském a Ústeckém kraji. Průměrný věk pro experimentování s tabákovými výrobky činí 11,4 roku věku. Velmi podobná situace je ve věku pro začátek pravidelného kouření tabákových výrobků, které je téměř shodné ve 12,6 letech v Jihočeském kraji a Ústeckém kraji v 12,7 letech. Nejpozději začínají respondenti kouřit ve Středočeském kraji, a to v 13,2 letech. Republikový průměr pro pravidelné kouření činil 12,8 let.

**Graf 12: Frekvence užívání tabákových výrobků (%).**

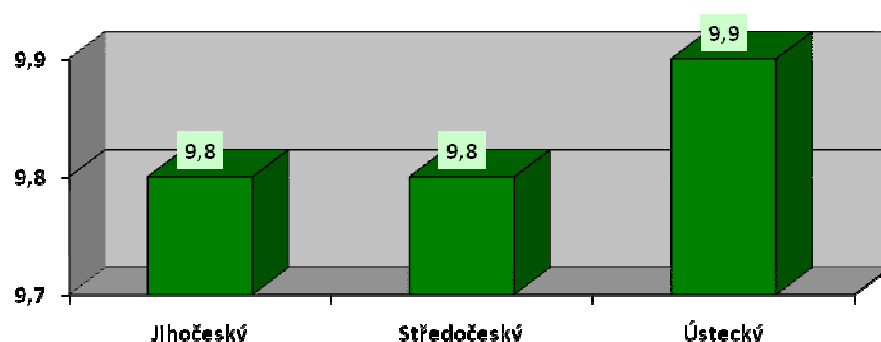


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 12 popisuje, jak často kouří respondenti tabákové výrobky. 40,4% respondentů uvedlo, že kouření tabáku jen zkusili. To je nejvíce patrné v Ústeckém (42,4%) a Středočeském kraji (41,9%), poté v kraji Jihočeském (36,9%). Druhou nejčastější odpovědí byla možnost, že respondent tabák ještě nikdy neokusil (15,8% respondentů). Takto odpovědělo 20,8% respondentů v Ústeckém, 17,3% v Jihočeském a jen 9,3% respondentů ve Středočeském kraji. 14,3% respondentů vypovědělo, že kouří tabákové výrobky jen příležitostně. Tato možnost je poměrně vyrovnaná v kraji Jihočeském a Středočeském (16,6% a 16,3%), méně pak v Ústeckém kraji (10,1%). Hned poté byla nejčastější odpovědí, že respondent kouří více jak 5 cigaret denně (14%). Nejvíce takovýchto kuřáků je v Jihočeském kraji (15,9%), dále ve Středočeském kraji (14,1%), nejméně je jich v Ústeckém kraji (12%). Mezi respondenty jsou ještě

denní uživatelé, kteří kouří méně než 5 cigaret denně (8,7%). Nejvíce je jich opět v Jihočeském kraji (10,4%), pak ve Středočeském kraji (9,1%), nejméně v kraji Ústeckém (6,5%). Respondenti mohli využívat ještě možnost, že kouřili, ale již nekouří (6,8%). Nejméně takto odpověděli respondenti v Jihočeském kraji (2,9%), nejvíce pak v kraji Ústeckém a Středočeském (8,2% a 8,3%).

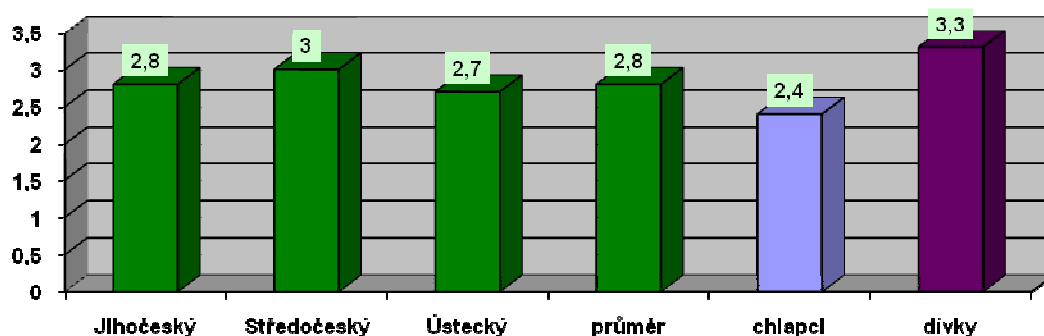
**Graf 13: Věk vlastnění prvního mobilního telefonu.**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Dalším sledovaným rizikovým chováním je vlastnění mobilního telefonu (věk) a vznik rizikového chování v návaznosti na mobilní telefon. Jak z grafu 13 vyplývá, není téměř žádný rozdíl u respondentů ve všech krajích, všichni získali svůj první mobilní telefon ve věku 9,8 až 9,9 let.

**Graf 14: Rizikové chování v návaznosti na mobilní telefon.**

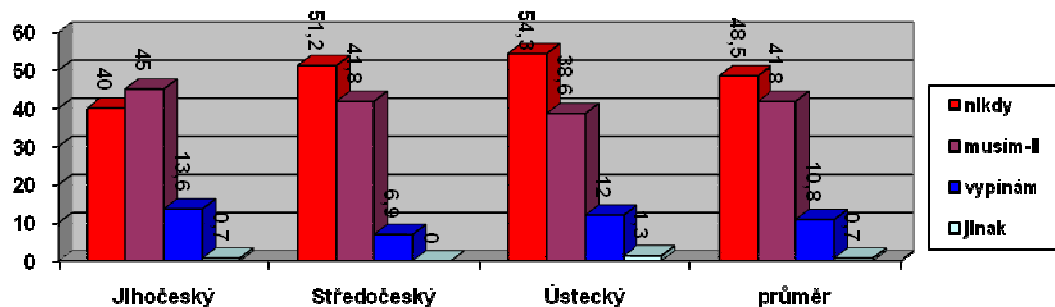


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Toto rizikové chování bylo zkoumáno dále na škálové hodnotě subjektivní spokojenosti respondenta při nemožnosti komunikovat mobilním telefonem. O tomto vypovídají hodnoty uvedené v grafu 14, kdy respondenti hodnotili na škále 1-5 své pocity při nemožnosti telefonní komunikace. Hodnota 1 značila subjektivní pohodu a hodnota 5 výraznou subjektivní nepohodu při nemožnosti komunikace pomocí mobilního telefonu.

Nejnižší hodnota byla v Ústeckém kraji (2,7), následně v Jihočeském (2,8) a nejvyšší hodnota je ve Středočeském kraji (3). Avšak výsledky se významně od sebe neliší a dosahují spíše průměrné hodnoty. Při bližším zkoumání jsou dívky náchylnější k rizikovému chování v návaznosti na mobilní telefon (3,3) oproti chlapcům (2,4), což je rozdíl 0,9 hodnoty bodu na pětibodové škále. Dívky trpí o 18% více rizikovým chováním v návaznosti na mobilní telefon oproti chlapcům.

**Graf 15: Vypínání mobilního telefonu (%).**



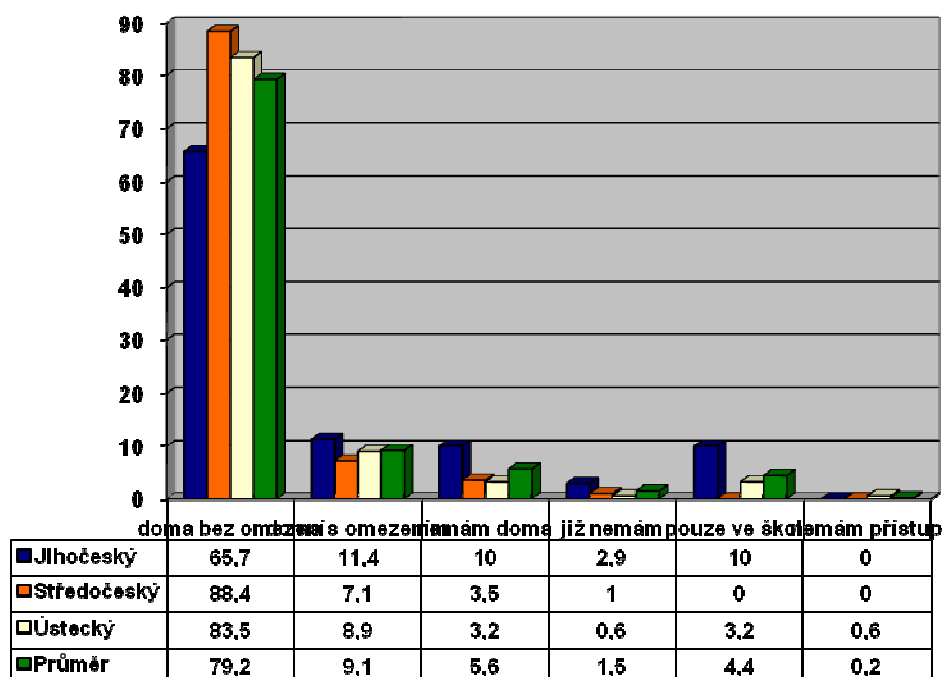
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Výše uvedený graf 15 sleduje okolnosti vypínání mobilního telefonu dotázanými respondenty, kde jsou zaznamenány významné rozdíly. Velmi rizikové chování v návaznosti na mobilní telefon je v Ústeckém kraji, kde 54,3% a následně 51,2% respondentů ve Středočeském kraji má významné potíže při vypínání mobilního telefonu, a proto jej nevypínají nikdy na rozdíl od Jihočeského kraje, kde je tato měřená hodnota (40%) na druhém místě po vypínání mobilního telefonu pouze v případě donucení (45%).

Ve Středočeském a Ústeckém regionu vypíná mobil v případě donucení 41,8% a 38,6% dotázaných respondentů. Nejvíce respondentů nemá problémy s vypnutím mobilního telefonu v Jihočeském kraji 13,6%, následně v Ústeckém 12% a ve Středočeském kraji pouhých 6,9%. V celorepublikovém průměru nejvíce respondentů nevypíná mobilní telefon vůbec 48,5%, následně při donucení 41,8% a pouhých 10,8% respondentů nevykazují problémové chování v návaznosti na mobilní telefon.



**Graf 16: Přístup k počítači (%).**

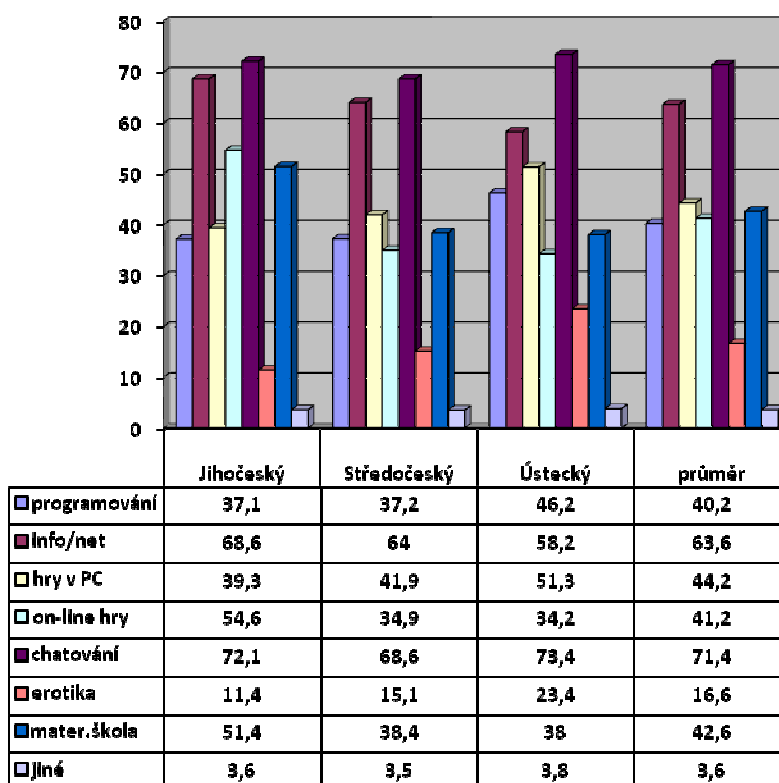


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Jak je patrné z grafu 16, 79,2% všech respondentů má počítač doma a může jej bez omezení využívat. Tento přístup k PC má nejvíce respondentů ve Středočeském kraji (88,4%), v Ústeckém kraji (83,5%) a nejméně v Jihočeském kraji (65,7%). 9,1% respondentů uvedlo, že má počítač doma, ale přístup k němu má nějakým způsobem omezený. Nejvíce takovýchto respondentů je v Jihočeském kraji (11,4%), dále v Ústeckém kraji (8,9%), nakonec ve Středočeském kraji (7,1%). Odpověď, že respondent nemá PC doma, ale má k němu přístup jinde (příbuzní, kamarádi) využilo 5,6% respondentů. Zde je 2/3 rozdíl mezi krajem Jihočeským (10%) a krajem Středočeským a Ústeckým (3,5% a 3,2%). Stejný počet jihočeských respondentů (10%) také uvedlo, že mají přístup k počítači jen ve škole. V Ústeckém kraji je to jen 3,2% a ve Středočeském kraji žádný respondent. Předposlední možnou odpovědí byla možnost,

že respondent měl PC doma, ale již ho z nějakého důvodu nemá (1,5% všech respondentů). Tuto možnost využilo 2,9% jihočeských, 1% stře dočeských a 0,6% ústeckých respondentů. 0,2% všech respondentů nemá přístup k PC nikde. Takto odpovědělo jen 0,6% v Ústeckém kraji.

**Graf 17: Využití PC techniky respondenty (%).**

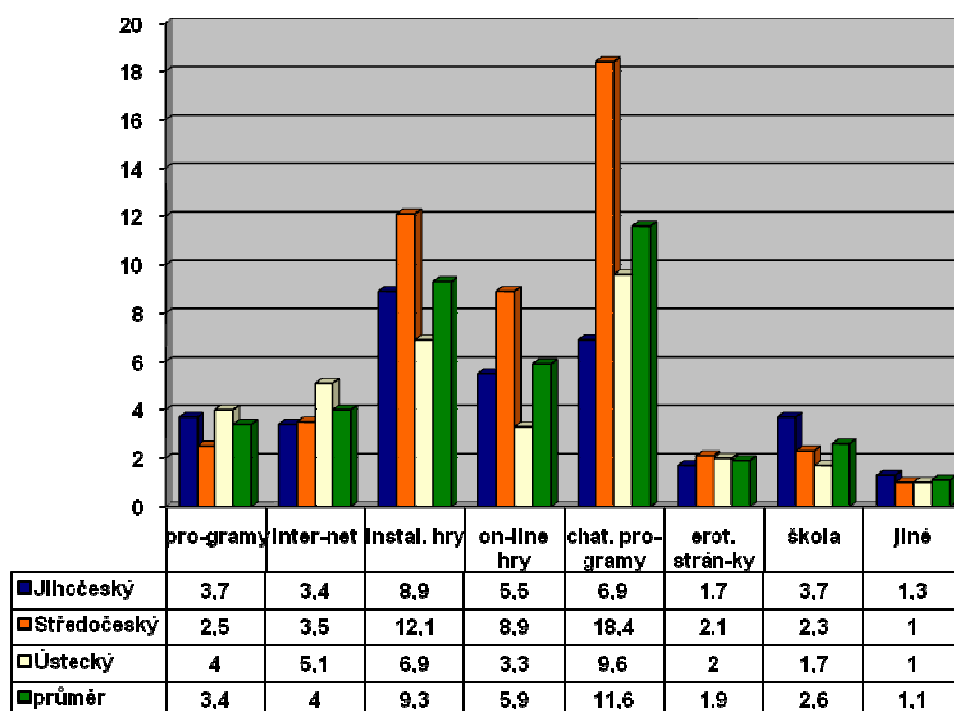


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Z výše uvedeného grafu vyplývá využívání PC techniky dotázanými respondenty. Nejčastěji respondenti využívají PC v 71,4% v průměru ČR k chatování/komunikaci, 73,2% v Ústeckém kraji, následně 72,1% v Jihočeském kraji a 68,6% ve Stře dočeském kraji. Dalším nejčastějším využitím je hledání informací a

práce na internetu. Tuto činnost vyhledává v republikovém průměru 63,6% respondentů, přičemž nejvíce respondentů vyhledává internet v Jihočeském kraji (68,6%), následně ve Středočeském (64%) a Ústeckém (63,6%) kraji. Poměrně významný rozdíl je v hraní on-line her, které je v 54,6% nejvyšší v Jihočeském kraji, oproti téměř shodnému výsledku v ostatních měřených regionech (Středočeský 34,9%, Ústecký 34,2%) a v republikovém průměru činí 41,2% respondentů. V oblasti hraní instalovaných her v PC je republikový průměr 44,2% a nejčetnější zastoupení je v Ústeckém kraji (51,3%), kde je tato četnost vyšší cca o 10% oproti ostatním regionům (Středočeský 41,9% a Jihočeský 39,9%). Sledování erotických stránek, apod. je nejčastější v Ústeckém kraji 23,4%, Středočeském 15,1% a Jihočeském 11,4%. Na možnost jiná odpověď reagovali respondenti v měřených regionech v rozmezí od 3,5% do 3,8% a v republikovém průměru 3,6% dotázaných respondentů, přičemž nejčastěji uváděli úpravu fotek, hudby či videa, nebo tvorbu či úpravu vlastních internetových stránek.

**Graf 18: Využití PC techniky v hodinách týdně.**

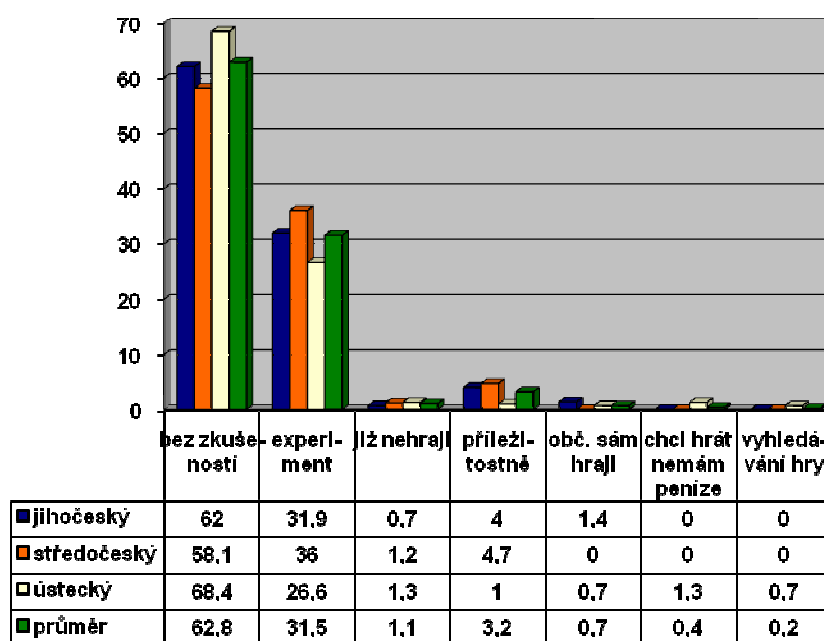


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Jako je v grafu 17 sledováno využití PC techniky, tak graf 18 monitoruje využití PC dotázanými respondenty v hodinách týdně. Jak z výše uvedeného grafu vyplývá, je značná rozdílnost mezi měřenými regiony. Respondenti nejvíce využívají PC k chatovacím a komunikačním programům, kde je nejvíce využívají respondenti ve Středočeském kraji (18,4 hod./týden), v Ústeckém kraji (9,6 hod./týden) a nejméně v Jihočeském regionu (6,9 hod./týden). Dále respondenti nejvíce využívají PC k hraním instalovaných her v PC a to opět nejvíce ve Středočeském regionu (12,1 hod./týden), následně Jihočeský kraj (8,9 hod./týden) a nejméně v Ústeckém regionu (6,9 hod./týden). Hned po hraní instalovaných her do PC je využití počítače k hraní on-line her, které je opět nejvyšší ve Středočeském regionu (8,9 hod./týden), Jihočeském (5,5 hod./týden) a Ústeckém (3,3 hod./týden). Jak vyplývá z průměru, nejvíce je PC

využíván k chatování/komunikaci (11,6 hod./týden), následně k hraní her instalovaných do PC (9,3 hod./týden) a on-line (5,9 hod./týdně). Vyhledávání a práce s internetem je v rozsahu 4 hod./týden a práce s programy a programování 3,4 hod./týden. Nejméně času je věnováno přípravě materiálů do školy (2,6 hod./týden) a sledováním erotických stránek (1,9 hod./týden).

**Graf 19: Zkušenosti respondentů s hrou na hracích a výherních automatech (%).**

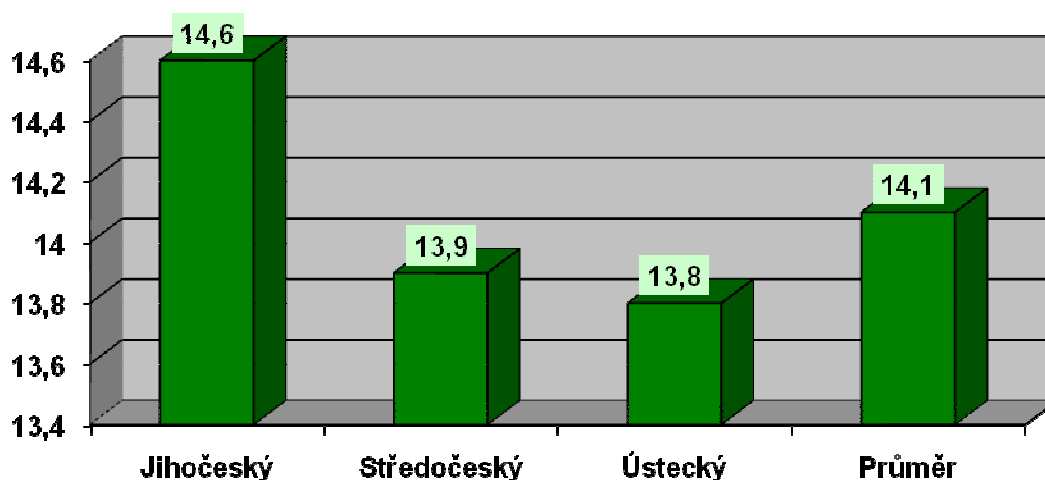


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 19 znázorňuje zkušenosti respondentů s hrou na hracích a výherních automatech. Nejčastěji se jedná o experimentování, které je nejvyšší ve Středočeském kraji (36 %), následně v Jihočeském regionu (31,9%) a nejméně v Ústeckém regionu (26,6%), přičemž v republikovém průměru má zkušenost s hraním na automatech

31,5% žáků devátých tříd. Velmi zajímavý údaj je v oblasti příležitostného hraní, kde v průměru hraje 3,2% dotázaných respondentů. 1,3% Ústeckých respondentů vykazuje vůli hrát, avšak nemají finanční prostředky. Dále v Ústeckém regionu vykazuje 0,7% respondentů již vyhledávání hry na automatech.

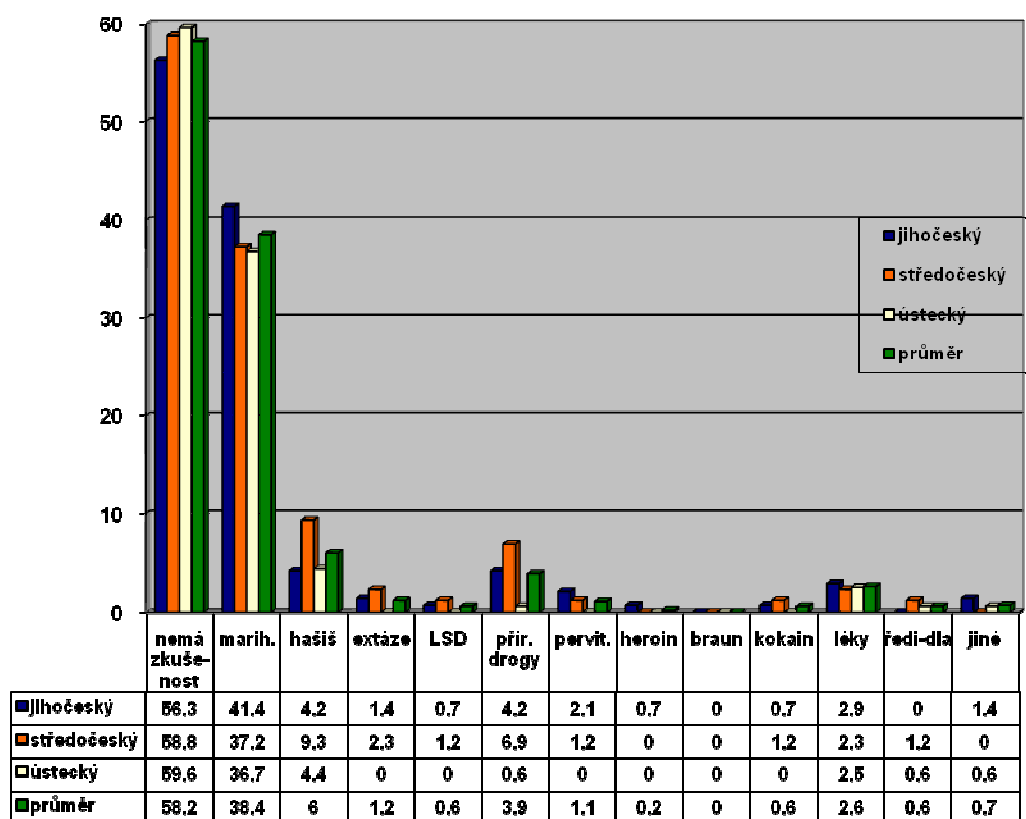
**Graf 20: Průměrný věk pro první hru na výherních automatech**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 20 ukazuje, kdy došlo u respondentů k prvnímu experimentu s hraním na výherních automatech. Průměrný věk pro tuto činnost činí 14,1 let. Nejčasnější zkušenost mají respondenti v Ústeckém (13,8%) a Středočeském kraji (13,9%), nejpozdější v kraji Jihočeském (14,6%).

**Graf 21: Zkušenosti respondentů s ilegální drogou (%).**

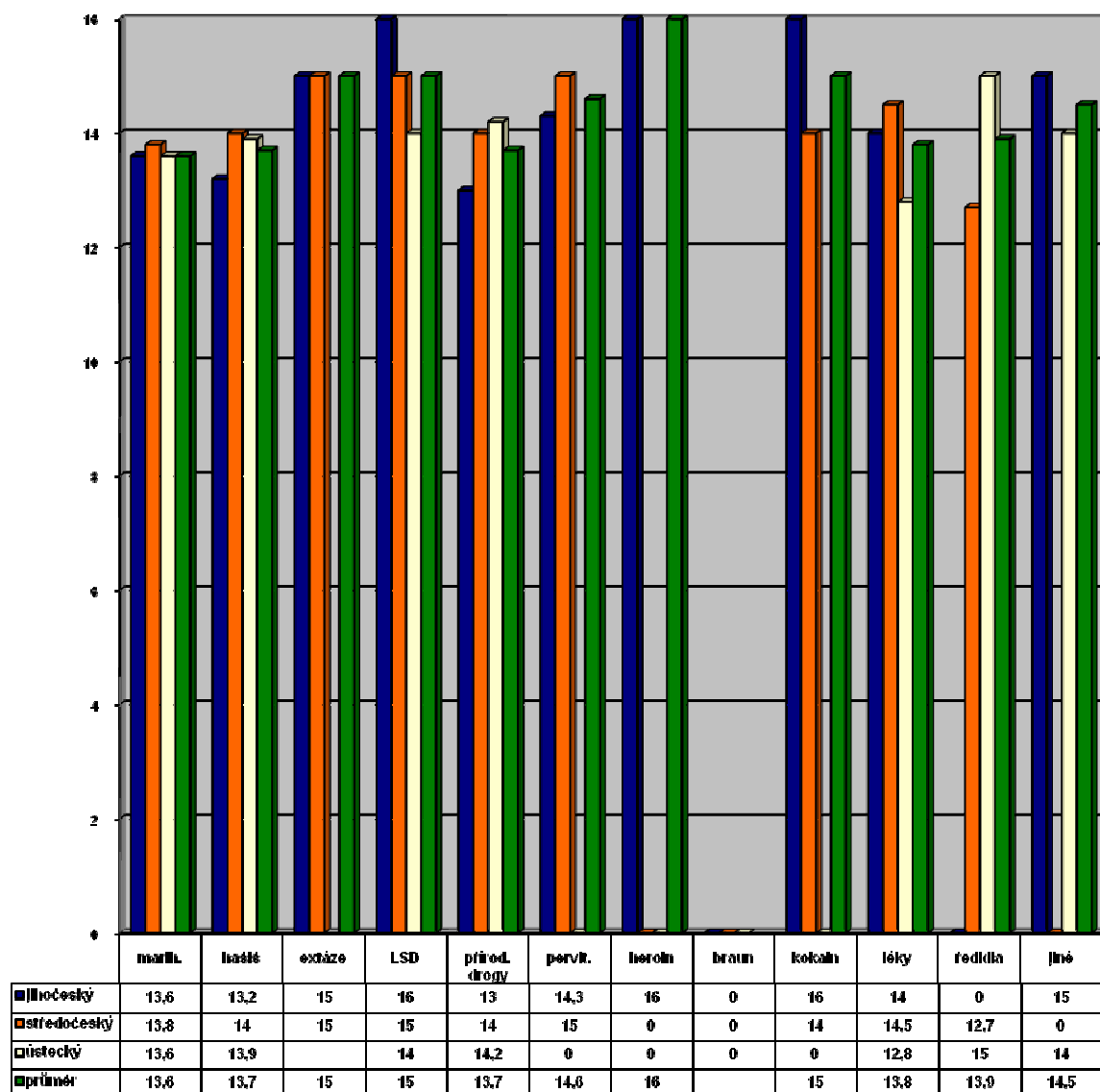


**Zdroj: Vlastní výzkum**

V grafu 21 je vykázána zkušenost respondentů s ilegální drogou. 58,2% respondentů uvedlo, že ilegální drogu nikdy neochutnalo. Největší nezkušenost uvedli respondenti v Ústeckém kraji (59,6%), dále ve Středočeském (58,8%) a nejméně v kraji Jihočeském (56,3%). Nejvyšší zkušenosti mají respondenti s marihuanou a to nejvíce v Jihočeském kraji (41,4%) a následně téměř shodně ve Středočeském (37,1%) a Ústeckém kraji (36,7%), přičemž republikový průměr činí 38,4%. Trochu jiná situace je u hašiše, kde nejčtenější zkušenost mají respondenti ze Středočeského regionu (9,3%) a následně téměř shodně z Jihočeského (4,2%) a Ústeckého kraje (4,4%). Obdobná situace je u přírodních drog, kde nejčtenější zkušenost mají respondenti ve

Středočeském kraji (6,9%) a následně v kraji Jihočeském (4,2%). Velmi překvapující je velmi nízké zastoupení přírodních drog v Ústeckém kraji (0,6 %).

**Graf 22: Věk prvního kontaktu respondentů s ilegální drogou.**

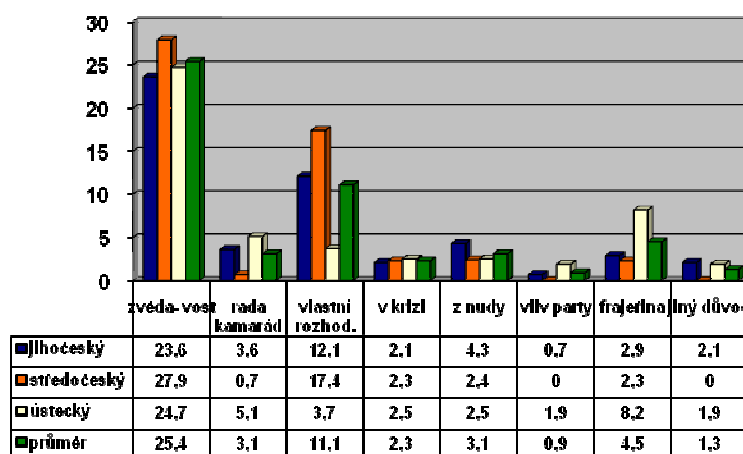


**Zdroj: Vlastní výzkum**



V grafu 22 je znázorněn věk prvního kontaktu s ilegální drogou a to podle typu drogy. Nejčastěji užívaná droga marihuana je respondenty prvně konzumována od 13,6 let jak v Jihočeském tak i Ústeckém regionu. Rozdíl mezi regiony je minimální, protože ve Středočeském kraji je tato droga užívána v 13,8 let, což je téměř stejné jako republikový průměr 13,6 let. Obdobné hodnoty jsou dosahovány u druhé nejužívanější drogy, kterou je hašiš. Tato látka je v průměru prvně užitá ve 13,7 letech, avšak nejčasněji je užívána v Jižních Čechách (13,2 let). Následně v ostatních měřených regionech téměř ve shodném věku (13,9 let Ústecký a 14,0 let Středočeský kraj). Přírodní drogy jsou užívány v průměru od 13,7 let, nejčasněji však v Jižních Čechách od 13,0 let, následně od 14,0 let ve Středočeském a od 14,2 let v Ústeckém regionu, kde je ovšem minimální četnost oproti ostatním krajům. Taktéž minimální četnost je u LSD, kde je průměrný věk první konzumace 15 let. Nejnížší věk se vyskytuje v Ústeckém regionu 14 let a následně ve Středočeském kraji 15 let a nejpozději v Jihočeském kraji 16 let. Naprosto shodná situace je v prvokonzumaci extáze, kdy je pro všechny regiony shodný věk 15 let. Podobná situace je u experimentu se superrizikovými drogami jako je pervitin, který je sice minimálně avšak nejvíce užit v jihočeském regionu a to od 14,3 let a následně ve Středočeském kraji od 15 let. V Ústeckém regionu žádný z respondentů nepřiznal zkušenost s touto ilegální drogou. Shodná situace je u věku experimentování s heroinem, které je pouze v Jihočeském kraji, a to v minimální míře od 15 let věku. V oblasti zneužívání léků je podstatně četnější zastoupení děvčat, než chlapců a nejnížší věk pro zneužití léků je v Ústeckém kraji 12,8 let, následně v Jihočeském 14,0 let a naposledy 14,5 let ve Středočeském kraji. Rozmezí nadužívání léků je v minimálním rozmezí mezi jednotlivými regiony (viz. Graf 15). Ostatní drogy se vyskytují v minimálním rozsahu užívání, kdy se jedná o jedince, avšak pro potřeby primární prevence již tato data nejsou potřebná, protože tyto látky se pohybují v rozmezí uvedeného u ostatních drog.

**Graf 23: Nejčastější důvody k užití ilegální drogy (%).**

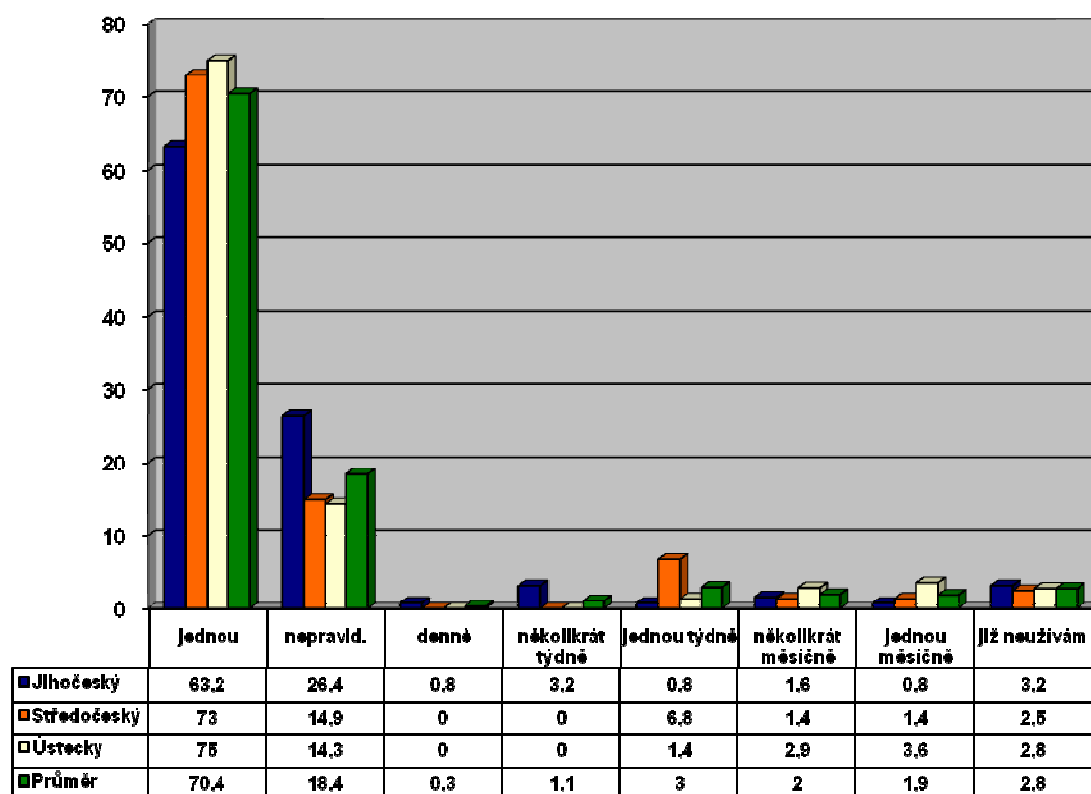


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Velmi zajímavými údaji jsou důvody k užití ilegální návykové látky, které uvedli dotázaní respondenti. Jsou znázorněny v grafu 23. Jednoznačně nejčastějším důvodem k užití drog je zvědavost, která je v průměru u 25,4% všech respondentů. Nejvíce je zvědavost zastoupena ve Středočeském kraji (27,9%), následně v Ústeckém (24,7%) a Jihočeském regionu (23,6%). Dalším nejčastějším důvodem k užití ilegální látky je vzetí drogy na základě vlastního rozhodnutí, které je v průměru v 11,1% u všech dotázaných respondentů. Mezi jednotlivými regiony jsou poměrně značné rozdíly, kdy nejvyšší zastoupení tohoto důvodu k užití drogy je ve Středočeském kraji (17,4%), následně v Jihočeském (12,1%) a nejméně v Ústeckém regionu (3,7%). V pořadí třetím nejčastějším důvodem k experimentu s drogami je frajeřina, která je v průměru u 4,5% všech dotázaných respondentů. Tento průměr je nejvíce sycen Ústeckým krajem (8,2%) na rozdíl od ostatních regionů, kde je téměř totožný (Jihočeský 2,9% a Středočeský 2,3%). Dalším častým důvodem je užití drogy na radu kamaráda, která je v průměru u 3,1% všech dotázaných respondentů, nejvíce však v Ústeckém regionu (5,1%), následně v Jihočeském (3,0%) a minimálně ve Středočeském kraji (0,7%). Poměrně významný podíl je u užití drogy u důvodu krize,

který je ve všech regionech velmi podobně zastoupen a to v průměru 2,3% u všech dotázaných respondentů. Jako relevantní lze ještě použít jako důvod k užití drogy nuda, která je v průměru u 3,1% všech dotázaných respondentů. Nejvíce je nuda příčinou k užití drogy u 4,3% respondentů z Jihočeského kraje. V ostatních regionech se pohybuje pod 2,5% stejně jako další a jiné důvody k užití ilegální drogy.

**Graf 24: Frekvence užívání drogy respondenty.**

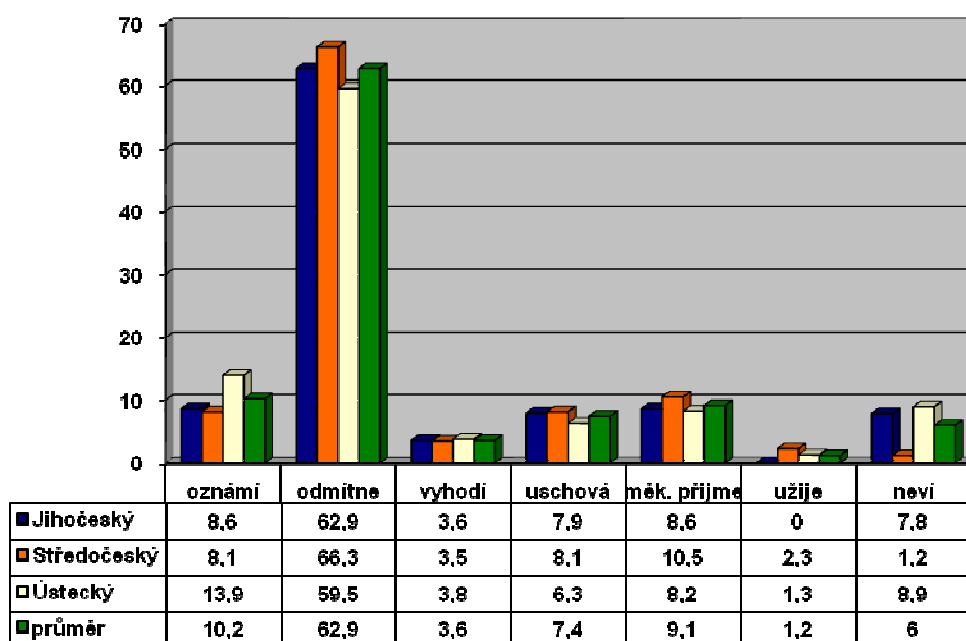


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Graf 24 popisuje, jak často užili nelegální drogu ti respondenti, kteří již nějakou vyzkoušeli. 70,4% z nich uvedlo, že drogu užili jen jednou, tedy své užití již neopakovali. Tato odpověď byla nejčetnější v Ústeckém kraji (75%), dále ve

Středočeském kraji (73%) a nejméně takto odpověděli respondenti v Jihočeském kraji (63,2%). 18,4% respondentů uvedlo, že drogu užíli opakovaně, avšak nepravidelně. Nejvíce takového užití je v Jihočeském kraji (26,4%), poté téměř shodně ve Středočeském a Ústeckém kraji (14,9% a 14,3%). Denní užití se objevilo pouze v Jihočeském kraji (0,8%), průměr je tedy 0,3 respondentů. Stejně tak i užití drogy několikrát týdně můžeme najít jen v Jihočeském kraji (3,2%), průměrně u 1,1% respondentů. U všech krajů již nacházíme užití drogy jednou týdně (3% všech respondentů). Takto užilo drogu 6,8% respondentů ve Středočeském kraji, 1,4% v Ústeckém a 0,8% v Jihočeském kraji. Několikrát měsíčně užilo drogu 2%, jednou za měsíc 1,9% respondentů. 2,8% uvedlo, že již drogu neužívají.

**Graf 25: Reakce respondentů na nabízenou drogu (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Dalším měřeným jevem byla reakce respondentů, pokud jim někdo drogu nabídne. Nejčastější odpovědí bylo odmítnutí ale neoznámení, v průměru 62,9% respondentů. Nejvíce tuto možnost využili respondenti ve Středočeském kraji (66,3%), dále v kraji Jihocheském (62,9%) a nejméně v Ústeckém kraji (59,5%). Průměrně 10,2% respondentů by drogu odmítlo a oznámilo její nabídnutí blízké autoritě. Nejvíce respondentů by toto udělalo v Ústeckém kraji (13,9%), následně téměř shodně v kraji Jihocheském (8,6%) a Středočeském (8,1%).

Další možnou odpovědí bylo, že respondent drogu přijme, ale vyhodí. Kolem průměru 3,6% se pohybují všechny kraje (Jihocheský 3,6%, Středočeský 3,5%, Ústecký 3,8%). Možností, že drogu přijme a uschová „pro strýčka Příhodu“ odpovědělo 7,4%

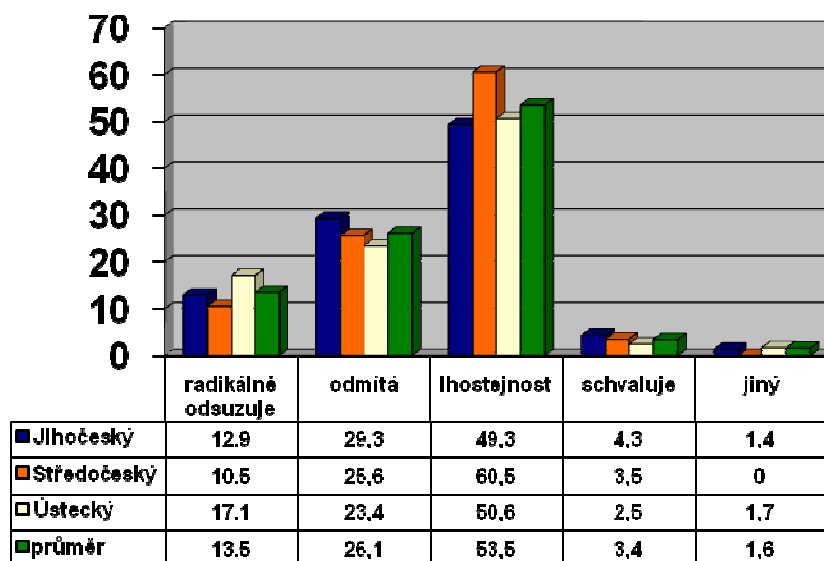
všech dotazovaných. Nejvíce tuto možnost využili respondenti ve Středočeském kraji (8,1%), dále v kraji Jihočeském (7,9%) a nejméně v Ústeckém (6,3%).

Respondenti dále mohli volit možnost, že tvrdou drogu (pervitin, heroin) odmítnou a měkkou (marihuana) přijmou a užijí. Tuto možnost využilo 9,1% všech dotázaných. Nejvíce těchto odpovědí bylo ve Středočeském kraji (10,5%). Dále jen s minimálním rozdílem v kraji Jihočeském (8,6%) a Ústeckém (8,2%).

Nejrizikovější odpovědí byla možnost jakoukoli drogu přijmout a užít. Tu si vybralo 1,2% všech respondentů. Nejvíce se na tomto procentu podílelo 2,3% respondentů ze Středočeského kraje. Dále to bylo 1,3% respondentů z kraje Ústeckého. V Jihočeském kraji tuto možnost nevyužil žádný respondent.

Poslední možností bylo, že žák neví, jak se zachová. Průměrně se objevuje u 6% respondentů. Nejvíce respondentů takto odpovědělo v Ústeckém kraji (8,9%), dále v Jihočeském kraji (7,8%) a jen 1,2% v kraji Středočeském.

**Graf 26: Postoj respondentů k užívání drog ostatními lidmi (%).**



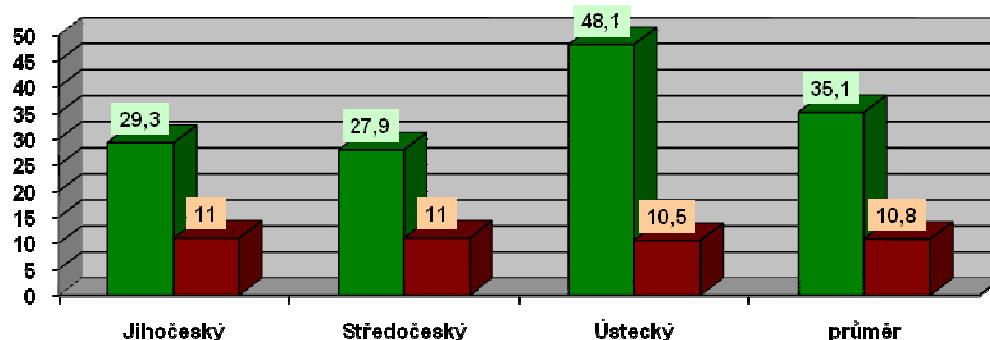
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Dále byl v průběhu šetření měřen postoj respondentů k užívání drog ostatními lidmi, který je znázorněn v grafu 26. Nejčastěji zaujímají respondenti postoj „lhostejnosti“ k tomuto jevu, což znamená, že respondenti zastávají názor, že užívání drog jinými lidmi jim nevadí, ať si každý jedinec dělá, co chce. Tento postoj je v průměru hodnocen 53,5% všech dotázaných respondentů. Nejčastěji se tento postoj vyskytuje ve Středočeském kraji (60,5%) a téměř shodně v Ústeckém (50,6%) a Jihočeském regionu (49,3%).

Následný nejčastější postoj je v odmítání užívání drog ostatními lidmi a to v průměru 26,1%. Nejvíce je tento postoj zastoupen v Jihočeském kraji (29,3%) a následně poměrně vyrovnaně v regionu Středočeském (25,6%) a Ústeckém (23,4%). Radikálně odsuzuje užívání drog průměrně 13,5% všech dotázaných respondentů. Velmi zajímavým údajem je radikální odmítání v Ústeckém kraji (17,1%) a téměř shodně v ostatních regionech (Jihočeský 12,9% a Středočeský 10,5%).

Užívání drog schvaluje v průměru 3,4% všech dotázaných respondentů, přičemž tento postoj je nejčastější v Jihočeském kraji (4,3%), následně ve Středočeském (3,5%) a Ústeckém regionu (2,5%). Poměrně nevýznamný je jiný názor, který v průměru využilo 1,6% dotázaných respondentů, kde nejčastější odpověď byla, že si nechtějí ničit zdraví či mít problémy s okolím (učitelé, rodiče aj.) či nechtějí být drogami ve svém okolí obtěžováni, avšak braní drog jinými lidmi nemohou zabránit.

**Graf 27: Bezprostřední setkání respondentů se šikanou (%) a věk prvního setkání.**

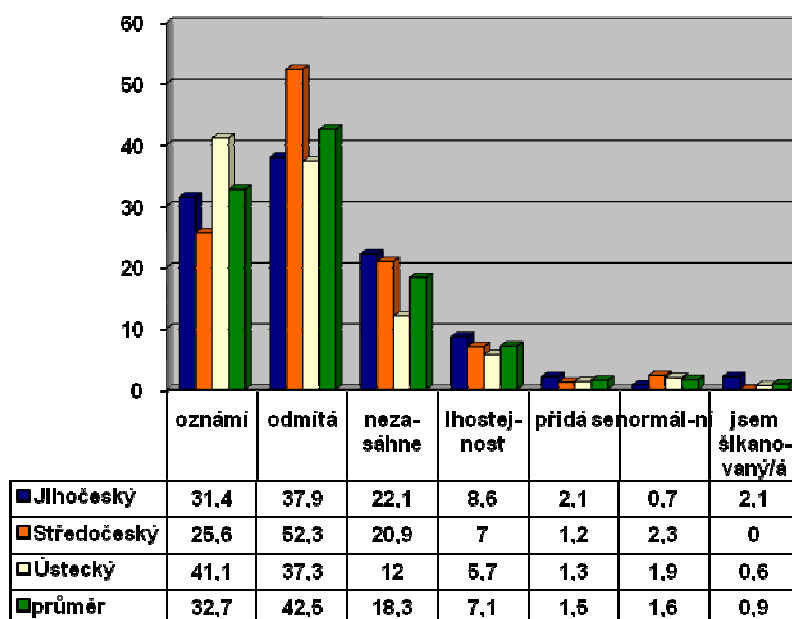


**Zdroj: Vlastní výzkum**

V průběhu šetření bylo měřeno i rizikové chování v oblasti šikany. Celkově se se šikanou setkala 35,1% všech dotázaných respondentů ve věku 10,8 let. Nejvíce žáků devátých tříd základních škol se setkala se šikanou v Ústeckém kraji (48,1%) v průměrném věku 10,5 let, následně v Jihočeském kraji (29,3%) ve věku 11 let, který je věkem totožný se Středočeským regionem a přibližně ve stejném rozsahu (27,9%).



**Graf 28: Postoj respondentů k šikaně (%).**

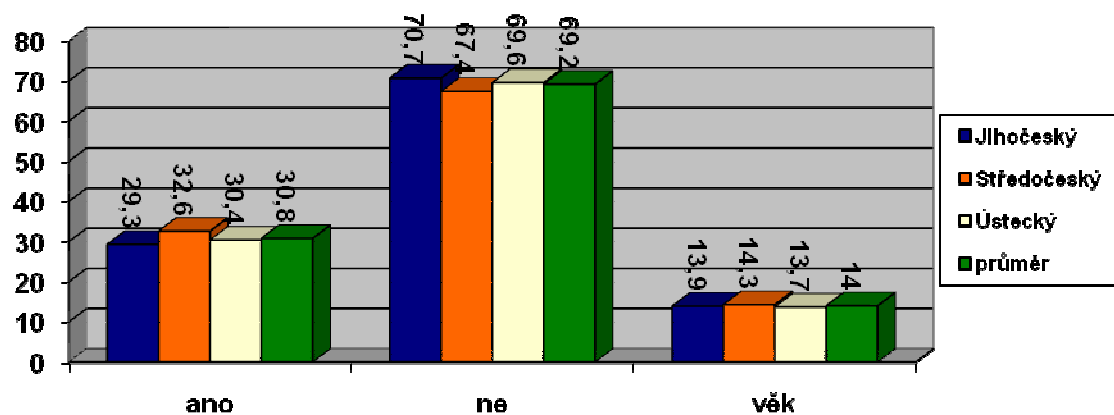


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Nejčastěji (42,5%) respondenti šikanu odmítají. Nejvíce respondentů odmítá toto chování ve Středočeském kraji (52,3%) a následně téměř shodně v Jihočeském (37,9%) a Ústeckém regionu (37,3%). Nejžádanějším postojem proti šikaně je oznámení výskytu šikany blízké autoritě (32,7%), které je nižší než samotné odmítání šikany. Nejvýraznější odmítání s oznámením blízké autoritě je v regionu Ústeckém (41,1%) a následně s 10% propadem v Jihočeském (31,4%) a Středočeským krajem (25,6%). Z celkového vzorku 18,3% respondentů proti šikaně osobně nezasáhne ani neučiní žádná opatření ke snížení tohoto jevu ve společnosti. Tento postoj je nejvíce a téměř shodně sycen z regionů Jihočeského 22,1% a Středočeského 20,9%. Nejméně neučiní ani nezasáhnou proti šikaně v ústeckém regionu 12%. V republikovém průměru 7,1% respondentů proti šikaně nezasáhnou a hodnotí toto chování s tím, že se jich netýká, a že se v každé společnosti vyskytuje. Procentuální rozložení je ve všech regionech velmi

shodné (Jihočeský 8,5%, Středočeský 7,0% a Ústecký 5,7%). Shodně respondenti vypovídali o postoji k šikaně, kde ji hodnotí jako normální či se k tomuto jednání přidají (1,5% odpovědí všech respondentů). Nejvíce v Jihočeském kraji 2,1% respondentů odpovědělo, že jsou či byli sami obětí šikany, což výrazně převyšuje průměr z ostatních regionů i republikový průměr 0,9%.

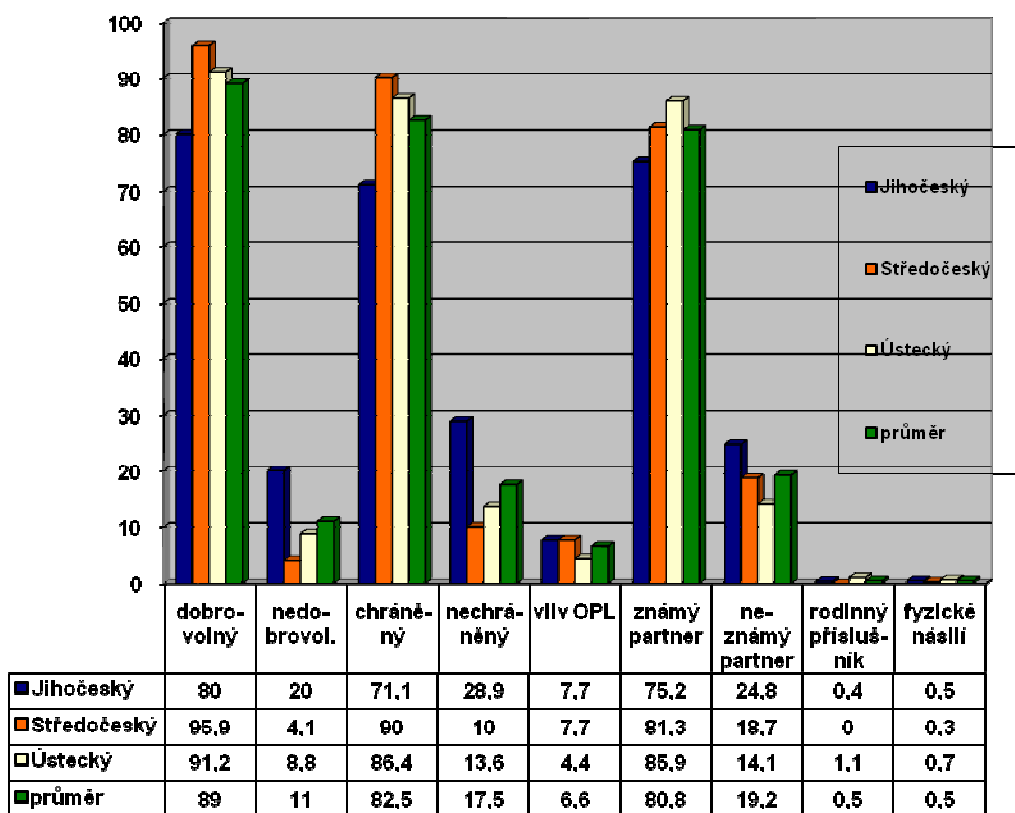
**Graf 29: Zkušenost respondentů s pohlavním stykem (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

V grafu 22 jsou vyjádřeny výsledky zabývající se dokonáním pohlavním stykem dotázaných respondentů. Údaje z jednotlivých regionů se minimálně rozcházejí. V republikovém průměru přiznalo pohlavní styk 30,8% žáků devátých tříd základních škol, přičemž nejčetnější výskyt je ve Středočeském kraji (32,5%), následně v Ústeckém (30,4%) a poté v Jihočeském (29,3%) regionu. Průměrný věk u respondentů, kteří měli doposud pohlavní styk, je 14,0 let, přičemž věk je velmi podobný ve všech měřených regionech od 13,7 let v Ústeckém, po 14,3 ve Středočeském kraji.

**Graf 30: Okolnosti pohlavního styku (%).**

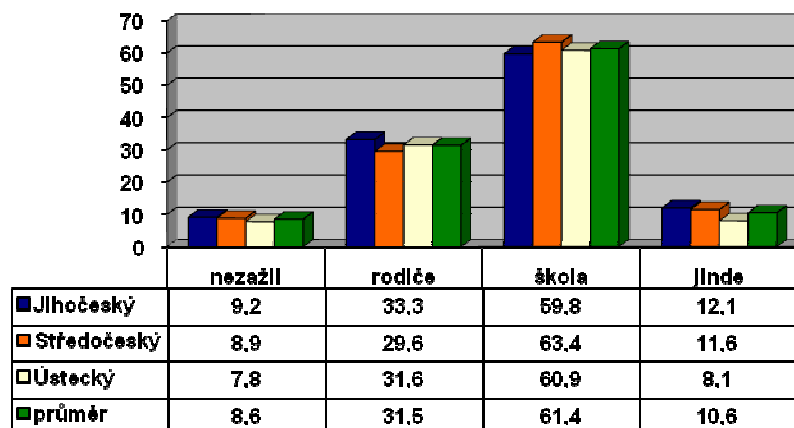


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Prevenční zabývající se pohlavním stykem byla v minulosti věnována velká pozornost, a to především s prevencí HIV/AIDS. Jak z výše uvedeného grafu vyplývá, sexuální aktivita je spojená s dobrovolností pohlavního styku (89% v průměru) přičemž nejvyšší hodnota je ve Středočeském kraji (95,9%), dále Ústeckém (91,2%) a nejméně v Jihočeském (80%). Dále je sexuální aktivita respondentů pojená s chráněným sexem, přičemž za ochranu se považuje prezervativ, která v průměru činí 82,5% v celkovém vzorku. Nejvyšší zastoupení této měřené hodnoty vykazovali respondenti ze Středočeského kraje (90%), následně Ústeckého (86,4%) a nejméně v Jihočeském

regionu (71,1%). Společně s dobrovolným a chráněným pohlavním stykem, souvisí i známost partnera (průměr 80,8%), která je nejvyšší v Ústeckém kraji, (85,9%), následně ve Středočeském (%81,3%) a nejméně v Jihočeském regionu (75,2%). Nejvyšší výskyt rizikového chování v oblasti sexuálního chování a jednání má Jihočeský kraj, kde je nejčetnější výskyt nechráněného sexuálního styku (28,9%) oproti průměru (17,5%) a ostatním regionům (Ústecký 13,6%, Středočeský 10%). V ostatních rizikových faktorech sexuálního styku je Jihočeský region nejrizikovějším oproti ostatním regionům. Nedobrovolný sex přiznalo 20% respondentů Jihočeského kraje a dále 24,8% respondentů mělo pohlavní styk s neznámým partnerem. Dále jako nebezpečné hodnotím pohlavní styk pod vlivem omamných a psychotropních látek, který je shodný pro Jihočeský a Středočeský region (7,7%) a nejmenší četnost byla zaznamenána u respondentů Ústeckého kraje (4,4%), přičemž republikový průměr činil 6,6% všech dotázaných respondentů. Jako super rizikové hodnotím sexuální chování v Ústeckém kraji a to u populace, která měla pohlavní styk s rodinným příslušníkem (1,1%) a pod použitím fyzického násilí (0,7%).

**Graf 31: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti účinků a rizik alkoholu (%).**

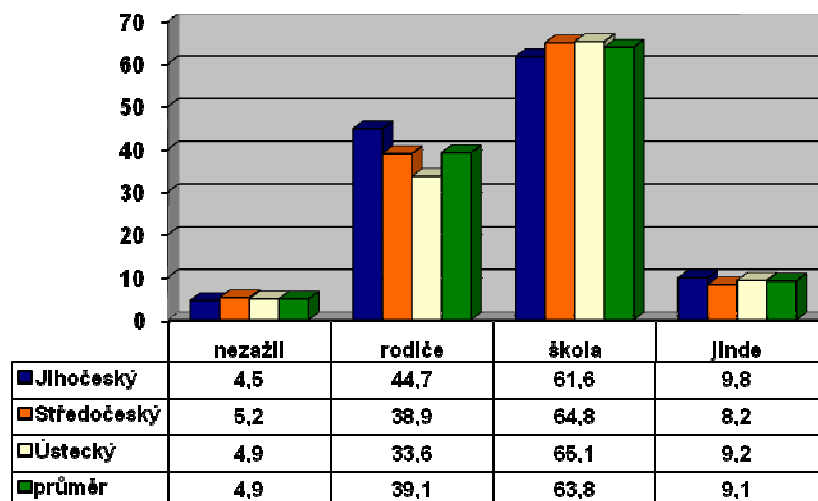


**Zdroj: Vlastní výzkum**

V průběhu výzkumu bylo respondenty prováděno hodnocení účinnosti preventivní činnosti ve vydefinovaných oblastech. V oblasti prevence před účinky a riziky spojených s konzumací alkoholu byla nejčastěji preventivní péče spojována se školou 61,4%, přičemž jednotlivé výsledky se výrazně od průměru neodlišují (viz. graf 31). Nejčastěji uváděli přednášky a začlenění do výuky.

Jako další zdroj prevence žáci označili rodiče (31,6%). Poměrně velké množství respondentů využilo možnosti „jinde“, kde nejvíce uváděli média (televize, internet) a vliv blízkých autorit (trenér, či vlastní zájmovou oblast). 8,6% uvedlo, že se s prevencí alkoholismu nesetkali.

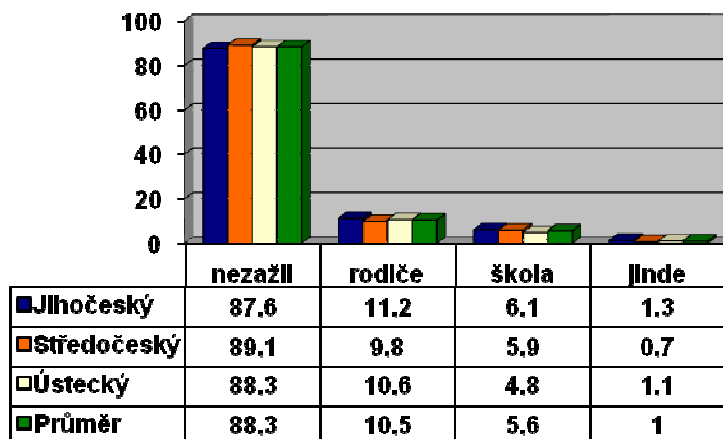
**Graf 32: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti účinků a rizik kouření tabákových výrobků (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Obdobná situace je u prevence tabakismu (graf 32), která je ve všech regionech na velmi shodné úrovni. V průměru se žáci nejvíce setkávali s prevencí kouření ve školách a školských zařízeních, kde ji hodnotilo v průměru 63,6% všech dotázaných respondentů. Dále má nezastupitelnou úlohu v této oblasti rodina 39,1%, přičemž nejvyšší úroveň této prevence je v Jihočeském kraji (44,1%) a nejnižší v Ústeckém (33,6%). Tak, jako tomu bylo u alkoholu, velmi mnoho respondentů využilo jiný zdroj prevence „jinde“ 9,1%, kde uváděli stejné zdroje jako u předchozího grafu zabývající se problematikou prevence alkoholismu. V rozmezí okolo 5% respondenti uváděli, že se s prevencí kouření tabákových výrobků nesešli.

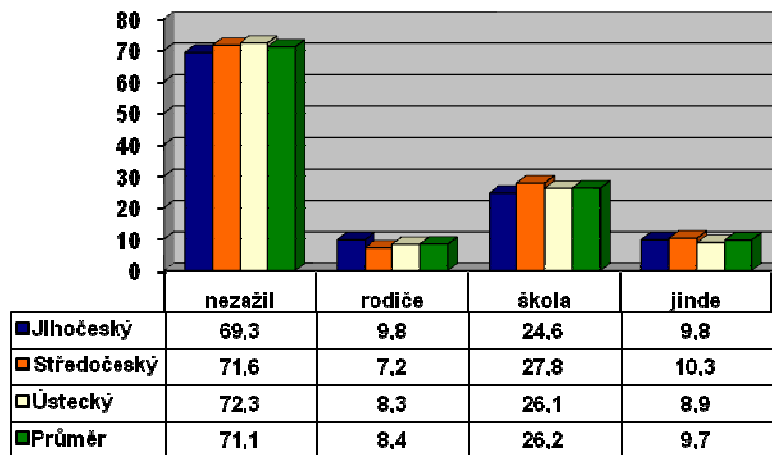
**Graf 33: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti využívání k mobilnímu telefonu (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Významná nečinnost preventivního dění byla zjištěna v oblasti využívání mobilního telefonu (graf 33), kde respondenti vykazovali velmi nízké procento setkání s prevencí na toto téma. Můžeme tedy tuto prevenci označit jako výrazně podhodnocenou. Významná část dotázaných respondentů (88,3%) uvádí, že se s podobnou prevencí v průběhu studia na základních školách nesetkali. Tyto výsledky jsou velmi podobné ve všech měřených regionech a pohybují se v rozmezí 87,6% až 89,1%. Okolo 10% respondentů (průměr vzorku 10,5%) uvádí, že se s touto prevencí setkala od rodičů a pouze 5,6% respondentů se setkala ve škole. Velmi nízká je i možnost odpovědi „jinde“, která se pohybuje v řádu jednotlivých procent, kde nejčastěji byl označován internet a velmi nízké ostatní média (časopisy, televize atd.).

**Graf 34: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti využívání internetu a komunikačních programů (%).**

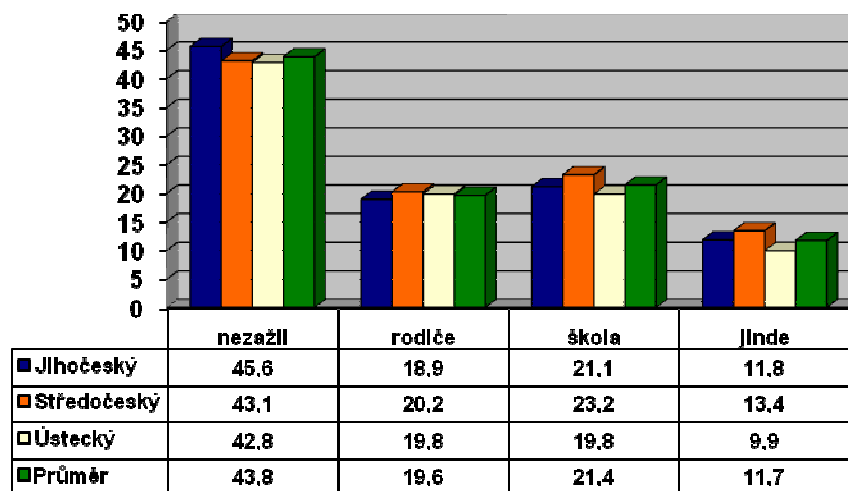


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Obdobná situace je v oblasti prevence rizikového chování ve vztahu k internetu a komunikačním programům (chat, ICQ, Skype aj.), ač je tato prevence doporučena školám Metodickým pokynem MŠMT ČR (Graf 34). V průměru 71,1% respondentů se s podobnou prevencí ve svém okolí nesetkalo. Tato preventivní činnost bývá nejčastěji uváděna ve školách a školských zařízeních, avšak pouze u 26,2% všech dotázaných respondentů. Prevence v rodině (průměr 8,4%) je nedostatečná, stejně jako získávání velmi často nerelevantních informací z jiných zdrojů (9,7%), kde byly tyto zdroje velmi obdobné jako u tabakismu a alkoholu.



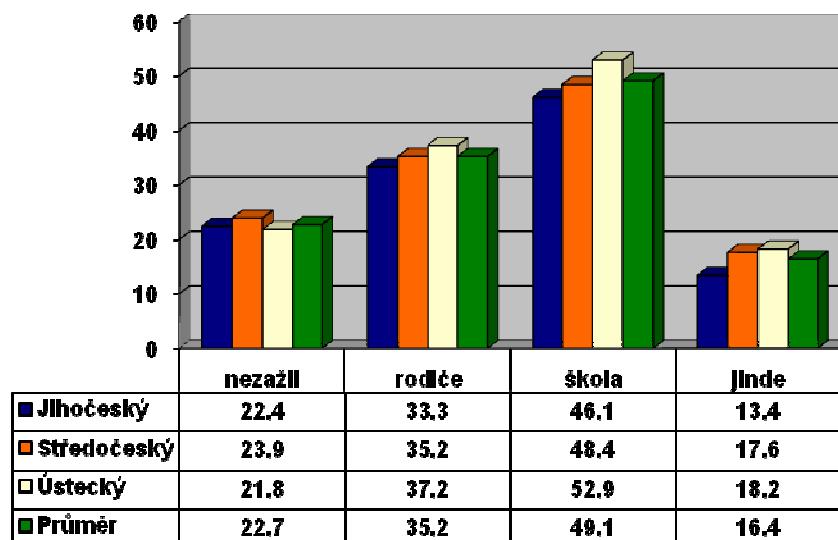
**Graf 35: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti hraní počítačových her (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Obdobná situace, avšak ne tak významně podhodnocená je v oblasti prevence problémového chování ve vztahu k počítačům (graf 35), kde je vyšší zastoupení jak v rodinách a školách oproti mobilním telefonům. V průměru 43,8 % respondentů uvádí, že se s podobnou prevencí nesetkalo, přičemž výsledky v jednotlivých regionech se od sebe příliš neodlišují. Opět svoji úlohu začíná postupně plnit prevence ve škole, kde se respondenti setkali ve 21,4% s tímto typem prevence. Hned za školou je dalším zdrojem rodina a rodiče (18,5%) a zdroj „jinde“, který má paradoxně nejčastější zdroj internet a média.

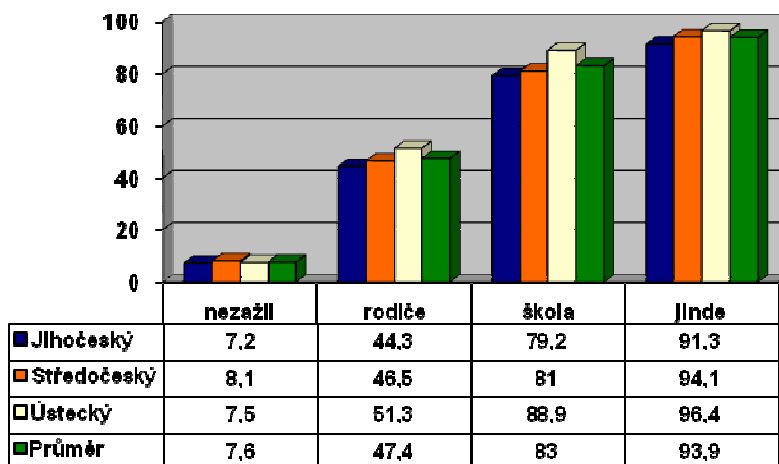
**Graf 36: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti hraní na výherních automatech a sázkových terminálech (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

V průběhu sledování výskytu problémového chování byla sledována i prevence patologického hráčství, která je znázorněna v grafu 36. Nejvíce se respondenti setkali s primární prevencí patologického hráčství, sázení a sáňkařství ve školním prostředí a to v průměru ve 49,1% všech dotázaných respondentů. V této oblasti je škola nejčinnější v preventivním dění, ač jsou mezi regiony patrné rozdíly v rozmezí 48,1% (Jihočeský region) až 52,9% (Ústecký region). Následně je v 35,2% zastoupena prevence v rodinách a to v rozmezí od 33,3% (Jihočeský kraj) až 37,2% (Ústecký kraj). 22,1% respondentů se s obdobnou prevencí ve svém okolí doposud neseťkala a 16,4% respondentů čerpá informace z jiných zdrojů, kde nejčastěji působila média či osoby z okolí respondenty, které hrají a mají závažné problémy.

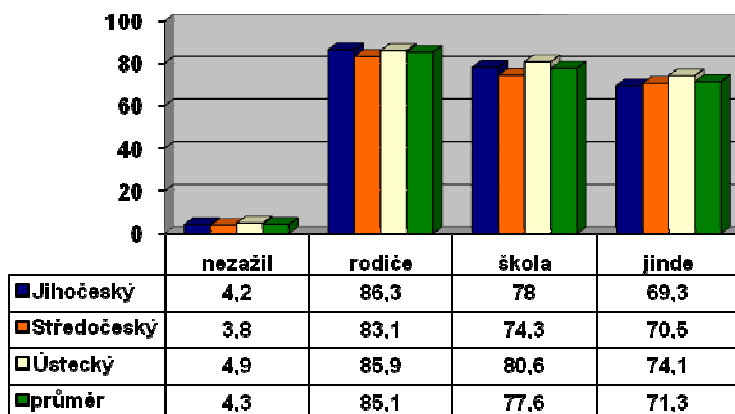
**Graf 37: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti účinků a rizik užívání ilegálních drog (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum.**

Jednoznačně nejzastoupenější je primární prevence v oblasti ilegálních drog a drogových závislostí (graf 37). V této preventivní činnosti jsou jednoznačně nejvíce zastoupené školy a školská zařízení, kde v republikovém průměru určilo tuto činnost 83% všech dotázaných respondentů. Nejnižší úroveň je v Jihočeském (79,2%) a následně ve Středočeském kraji (81%). Nejvyšší zastoupení je v Ústeckém regionu (88,9%). Velmi zajímavý údaj je v oblasti jiných zdrojů prevence (pod možností odpovědi „jinde“), kde respondenti velmi často odkazovali na média, kamarády a osoby z jejich okolí a v neposlední řadě internet. Taktéž svoji nezastupitelnou úlohu v této prevenci hraje rodina, kde se s prevencí setkala v průměru polovina dotázaných respondentů (47,4%), přičemž nejvyšší zastoupení je v Ústeckém kraji 51,3% a nejméně v Jihočeském regionu (44,3%). Pouze 7,6% všech respondentů hodnotí, že se s prevencí ilegálních drog doposud nikde neseťkalo.

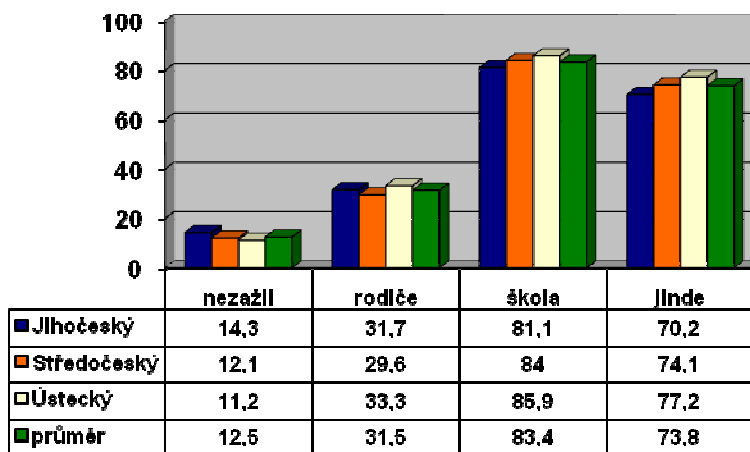
**Graf 38: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti šikany a agresivního chování a jednání (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Uspokojivé výsledky jsou i v oblasti šikany a agresivního chování (graf 38), které je nejvíce zastoupeno v rodinách (85,1%), a to velmi shodnými výsledky ve všech regionech. Taktéž vysoké výsledky respondenti uvádějí ve školách a školských zařízeních (77,6%). Vysoké zastoupení se objevilo i v možnosti odpovědi „jinde“, kde respondenti nejčastěji uváděli média (televize, časopisy a jim blízké a známé osoby). Pouze 4,3% respondentů uvedlo, že se s tímto druhem preventivní činnosti doposud nikde nesešlo.

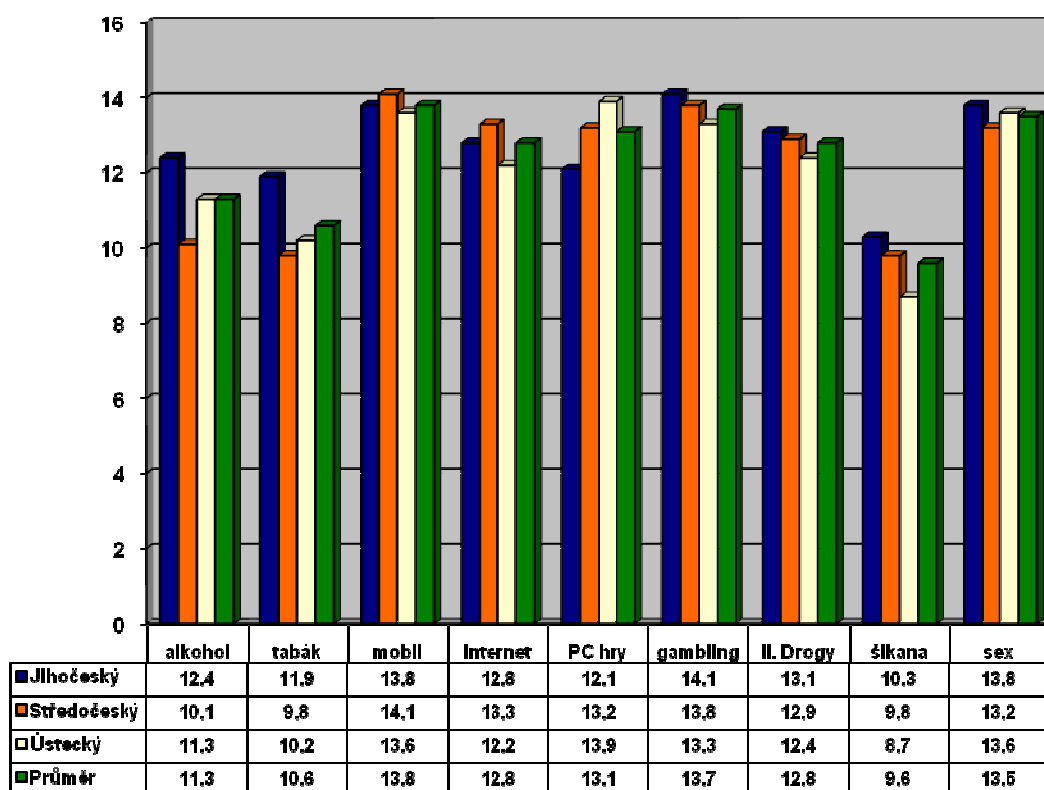
**Graf 39: Setkání respondentů s preventivní činností v oblasti vzniku rizik spojených se sexuálním životem (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

V oblasti prevence spojené se sexuálním životem respondenti nejvíce uvádějí školy a školská zařízení (83,4%), přičemž výsledky jsou velmi podobné ve všech měřených regionech (graf 39). Dalším velmi významným zdrojem získávání informací a preventivního působení je zdroj „jinde“, kde respondenti nejvíce uváděli kamarády, internet, časopisy a média. Pouze 31,5% respondentů uvedlo jako preventivní zdroj rodiče, přičemž tento výsledek je ve všech regionech velmi podobný. 12,5% respondentů uvádí, že sexuální preventivní činnost doposud nezažili (12,5%).

**Graf 40: Věk respondentů u první realizované preventivní činnosti.**

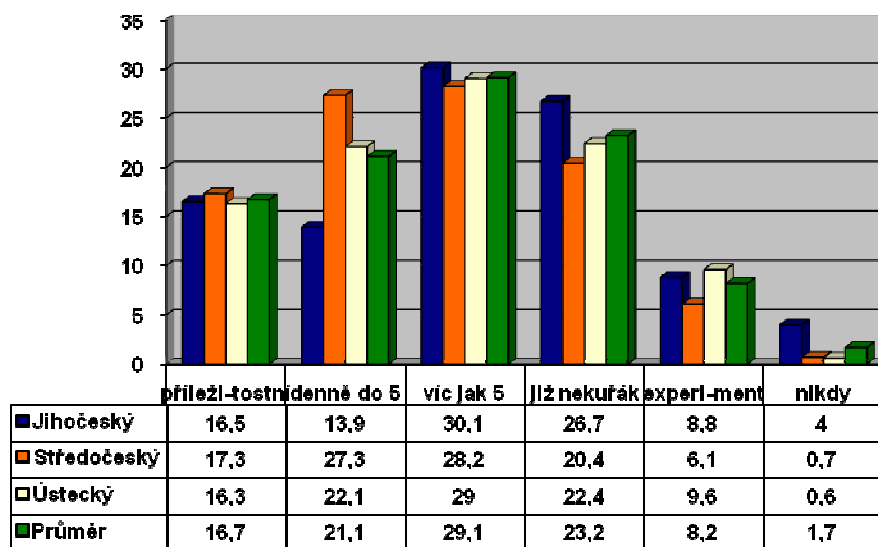


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Pro potřeby své Diplomové práce jsem dále zkoumala věk první vědomé prevence na výše uvedené vybrané rizikové chování od samotných respondentů (graf 40). Toto jsem volila za účelem stanovení včasnosti zahájení primární prevence, tedy dostatečně odstoupené před vlastním zapojením respondenta do vybraného rizikového chování. Nejdříve respondenti hodnotili prevenci šikany a to v 9,6 letech, přičemž věkové rozmezí se dle jednotlivých regionů liší. Nejdříve přichází prevence šikany v Ústeckém regionu (8,7 let), následně ve Středočeském (9,87 let) a nejpozději v Jihočeském (10,3 let).

Následně přichází preventivní činnost v oblasti rizik a užívání tabákových výrobků (10,6 let), přičemž jsou poměrně významné rozdíly mezi regiony. Nejdříve je realizovaná prevence tabakismu ve Středočeském kraji (9,8 let), následně Ústeckém (10,2 let) a nejpozději v Jihočeském regionu (11,9 let.). Obdobná situace je u prevence užívání a nadužívání alkoholu, která přichází v průměru v 11,3 let. Opětovně byly zaznamenány věkové disproporce mezi jednotlivými regiony. Nejčasnější prevence je ve Středočeském kraji (10,1 let), následně Ústeckém (11,3 let) a nejpozději Jihočeském regionu (12,4 let). Následně je prevence dle věku respondentů shodně u prevence ilegálních drog a práce s internetem 12,8 let, přičemž rozdíly mezi regiony nejsou výrazné. Hned v návaznosti je prevence týkající se využívání osobních počítačů a počítačových her 13,1 let, přičemž oproti ostatním regionům přichází nejdříve v Jihočeském regionu (12,1 let), což je podstatně dříve než v ostatních měřených regionech. Prevence dalších vybraných forem rizikového chování (mobily 13,8, gambling 13,7 a sex 13,5 let) přichází přibližně ve stejném věku, avšak je značný rozdíl v jejich zastoupení.

**Graf 41: Zkušenost s ilegální drogou v návaznosti na užití tabákových výrobků (%)**



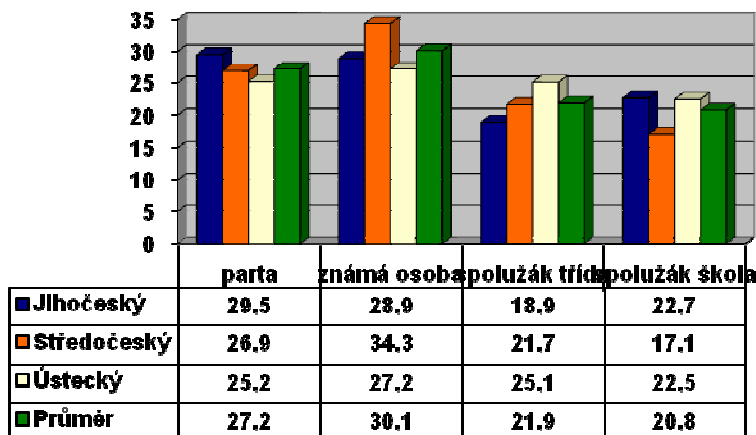
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Dále jsem ve své práci sledovala návaznost užívání tabákových výrobků na vlastní zkušenost respondenta s ilegálními drogami (graf 41). Pro tyto účely jsem vzala soubor respondentů, kteří mají zkušenosti s tabákovými výrobky na různých úrovních konzumace, a takto stratifikovaná data jsem vzájemně komparovala s užitím ilegální drogy. Jak z grafu 41 vyplývá, nejnižší zkušenost s ilegální drogou je u respondentů, kteří nemají zkušenosti s tabákovými výrobky (v průměru 1,7 %). Velmi zajímavá je disproporce mezi regiony, kde výrazně převyšuje Jihočeský kraj (4%) ostatní měřené regiony. Další nejmenší zkušenost s ilegálními drogami je u respondentů, kteří s tabákovým výrobkem pouze experimentovali (8,2%). Nejvíce osob, kteří experimentovali s tabákovým výrobkem a kteří užívali ilegální drogu je v Ústeckém kraji (9,6 %), následně v Jihočeském (8,8 %) a Středočeském (6,1 %) regionu. Další čtenější



výskyt ilegální drogy je u respondentů, kteří jsou příležitostní kuřáci tabáku. V tomto vzorku v průměru celkového souboru užilo ilegální drogu 16,7 % respondentů, přičemž mezi jednotlivými regiony nejsou výrazné procentuální disproporce. Výrazné rozdíly mezi regiony jsou u respondentů, kteří kouří do pěti cigaret denně, kde republikový průměr činí již 21,1% osob, které v této kategorii mají zkušenosti s tabákovými výrobky. Jsou zde patrné výrazné procentuální rozdíly mezi jednotlivými regiony, kde nejčtenější výskyt kuřáků do pěti cigaret denně a osob se zkušeností s ilegálními drogami je ve Středočeském kraji (27,3%), následně v Ústeckém (22,1%) a nejméně v Jihočeském (19,9%) regionu. Nejčtenější výskyt osob se zkušeností s ilegální drogou je mezi respondenty, kteří kouřili a přestali (průměr 23,2 %), přičemž významně tento soubor sytí Jihočeský kraj (26,7 %) oproti Ústeckému (22,4 %) a Středočeskému (20,4%) regionu. Naprosto nejvyšší četnost uživatelů a experimentátorů s ilegálními drogami je u respondentů, kteří kouří pět a více cigaret denně, která je v průměru u 30,1% všech respondentů. V této kategorii nejsou výsledky významně odlišné mezi jednotlivými měřenými regiony.

**Graf 42: Vztah mezi vlastním užitím drogy respondentem a osobou nabízející drogu v okolí respondenta.(%).**

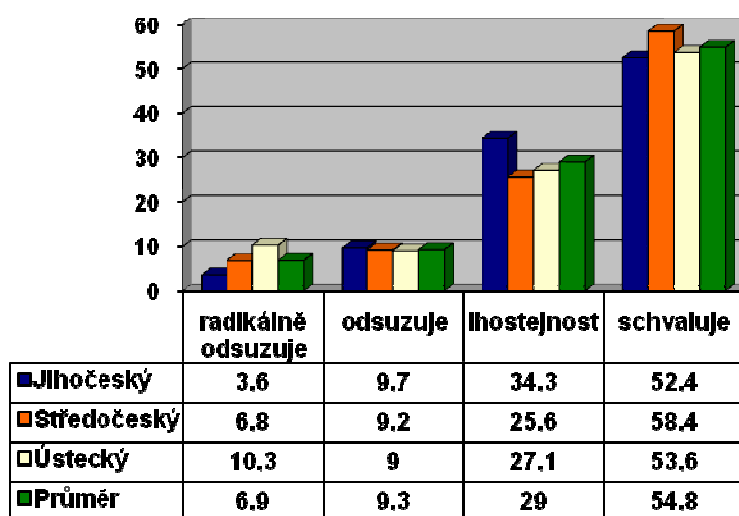


#### **Zdroj: Vlastní výzkum**

V průběhu výzkumu jsem hledala souvislost mezi osobou nabízející drogu a vlastní zkušeností respondenta s drogou, která je uvedena v grafu 42. Nejmenší souvislost mezi užitím drogy a nabízenou drogou je u osob, kterým nabízel drogu spolužák ze školy (průměr 20,8%). Nejmenší četnost byla zjištěna u respondentů ze Středočeského kraje (17,1%) a téměř shodně v Jihočeském (22,7%) a Ústeckém (22,5%). Nepatrně vyšší zkušenost byla zjištěna u respondentů, kterým nabídl drogu spolužák ze třídy, kterou má v průměru 21,9 % všech dotázaných respondentů. Mezi jednotlivými regiony jsou zjištěné poměrně výrazné disproporce, kde nejvyšší zkušenost v této kategorii je u žáků z Ústeckého regionu (25,1%) a následně u respondentů ze Středočeského (21,7 %) a Jihočeského (18,9 %) kraje. Výrazný vliv pro vlastní experiment s drogou je v případě nabídnutí drogy v prostředí party, či nabídnutí známou osobou. Celkově užilo ilegální drogu nabídnutou v prostředí party 27,2 % respondentů a nejvíce v Jihočeském regionu (29,5% respondentů). Dále takto užilo drogu 28,9% respondentů ze Středočeského a 25,2% z Ústeckého kraje. Nejvíce

respondentů užílo ilegální drogu při nabízení jim známou osobou, kterou takto užílo 30,1% žáků základních škol. Nejčtenější užití po nabízení ilegální drogy pro respondenty známou osobou je ve Středočeském kraji (34,3%) následně téměř shodně v Jihočeském (28,9%) a Ústeckém (27,2%) regionu.

**Graf 43: Postoj respondenta mající zkušenost s užitím ilegální drogy k užívání drog jinými lidmi (%).**



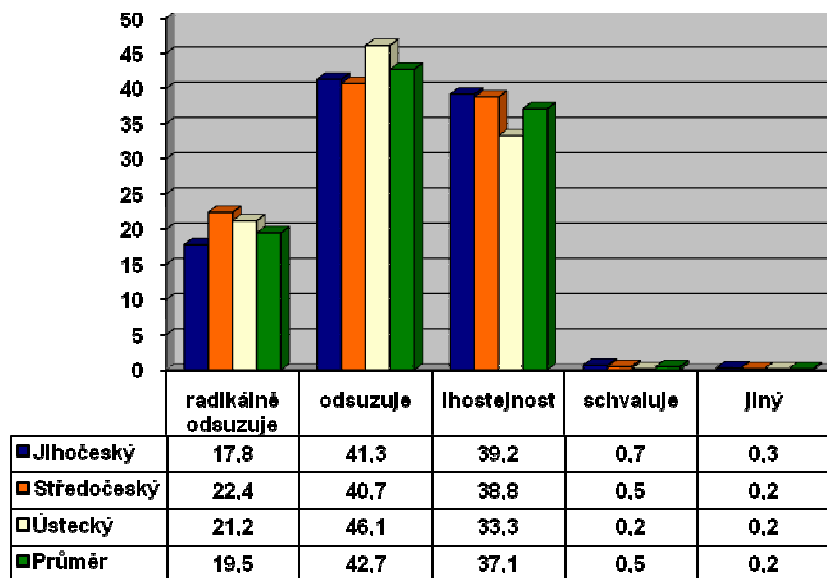
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Velmi zajímavým údajem je postoj osob mající zkušenost s ilegálními drogami vůči osobám tyto látky konzumující (graf 43). Experimentátoři a uživatelé nejméně radikálně odsuzují užívání drog ostatními lidmi, které takto hodnotí 6,9% respondentů. V celkovém vzorku se jednalo především o osoby mající vlastní zkušenost s ilegální drogou v podobě experimentu. Velmi shodné výsledky ve všech regionech jsou u respondentů, kteří průměrně v 9,3% odsuzují užívání ilegálních drog, avšak proti nim výrazně nevystupují. Podstatně více je zastoupen postoj lhostejnosti k užívání

ilegálních drog, který je v průměru u 29% žáků mající zkušenost s ilegální drogou. Nejvíce je tento lhostejný postoj v Jižních Čechách (34,3 %) a následně velmi podobně v Ústeckém (27,1%) a Středočeském (25,6%) regionu. Naprosto nejčtenější postoj k drogám mají „uživatelé“ k užívání drog v podobě schvalování takového jednání, které je v průměru u 54,3% respondentů. Nejvíce je takovéto jednání patrné ve Středočeském regionu (58,4%) a následně téměř shodně v Ústeckém (53,6%) a Jihočeském (52,4%) kraji.

Tyto údaje byly komparovány s postoji k užívání ilegálních drog u respondentů, kteří nemají vlastní zkušenosti s podobným typem drogy. Oproti „uživatelům drog“ uvedeným v grafu 43 jsou výsledky naprosto odlišné.

**Graf 44: Postoj respondenta nemající zkušenost s užitím ilegální drogy k užívání drog jinými lidmi (%).**

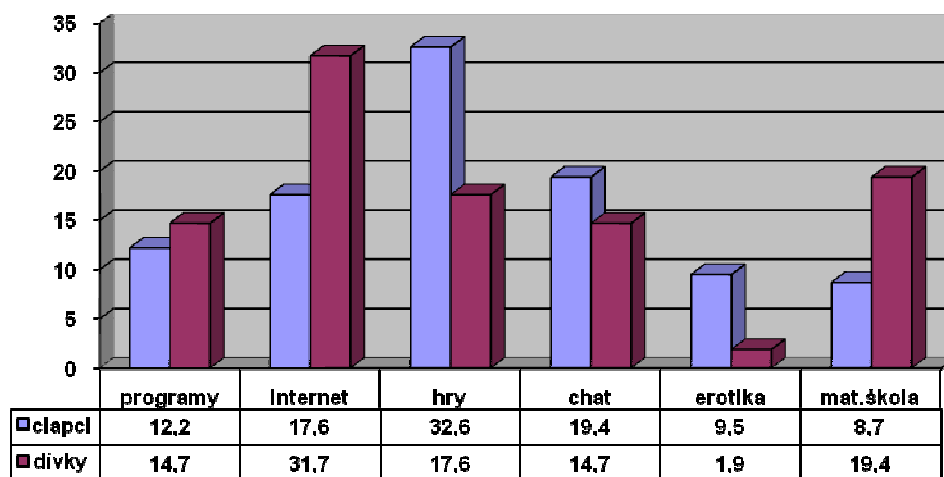


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Nejčtenější je odsuzující názor na užití drogy ostatními lidmi (42,7%), přičemž nejvíce odmítavý postoj je v Ústeckém kraji (46,1%). Poměrně stejných hodnot dosáhli respondenti v Jihočeském (41,3%) a Středočeském (40,7%) regionu. Velmi zajímavý je „lhostejný“ postoj v průměru u 37,1% respondentů nemající zkušenosti s ilegální drogou, kde nejméně „lhostejný“ přístup byl v Ústeckém kraji (33,3%). Poměrně shodné výsledky byly naměřeny v Jihočeském (39,2%) a Středočeském (38,8%) kraji. Radikální odsuzování užívání ilegálních drog (19,5%) bylo naměřeno u průměru celého výzkumného souboru, přičemž nejnižší hodnota byla zjištěna v Jihočeském kraji 17,8%.

V ostatních regionech byla tato forma odmítání na podobné úrovni (Středočeský 22,4% Ústecký 21,2%).

**Graf 45: Využití PC dle pohlaví (%).**

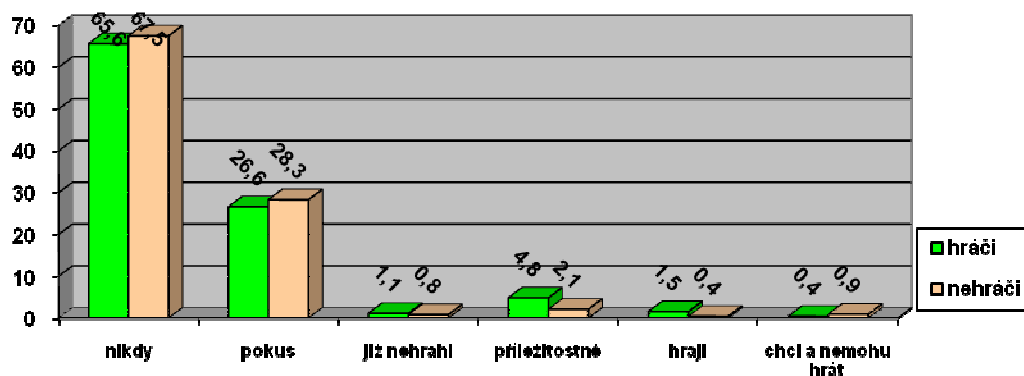


**Zdroj: Vlastní výzkum**

Dále jsem ve svém výzkumu rozdělila výzkumný soubor na chlapce a dívky za účelem vzájemné komparace podle využívání PC techniky. Tato data jsem hodnotila empiricky při zpracovávání dat a hodnocení výsledků výskytu vybraného rizikového chování u žáků základních škol. Z výsledků (graf 45) vyplynuli genderové rozdíly v práci s osobním počítačem. Dívky (31,2%) značně převyšují chlapce (17,6%) v práci s internetem a získávání informací. Oproti dívkám (17,6%) chlapci (32,6%) zase podstatně více využívají PC k hraní instalovaných či on-line her. Velmi překvapující bylo hodnocení využití komunikačních programů a prostředí pomocí PC, které je vyšší u chlapců (19,4%) oproti dívkám (14,7%). V oblasti drobného programování jsou rozdíly mezi chlapci (12,2%) a dívkami (14,7%) poměrně nevýrazné jak v četnosti, tak i ve vlastním drobném programování, kde se nejčastěji jednalo o stahování hudby a filmů

a úpravy fotek.. U chlapců byl čtenější výskyt v úpravě a tvorbě internetových stránek, dívky zase více prostřednictvím internetu nakupovali. V oblasti sledování erotických stránek je velmi výrazně čtenější chlapecké zastoupení (9,5%) ku (1,9%) dívkám. Taktéž, avšak opačně v návaznosti na pohlaví je zastoupení u dívek (19%) oproti chlapcům (8,1%) v oblasti využívání osobního počítače pro přípravu do školy a na vyučování, které se mnohdy prolínalo v rámci práce s internetem.

**Graf 46: Souvislost mezi hraním her v PC a gamblingem (%) .**



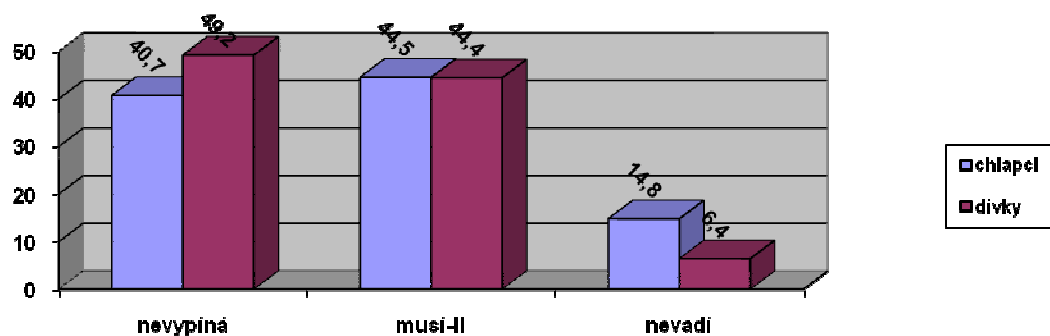
**Zdroj: Vlastní výzkum**

V průběhu výzkumu jsem se zaměřila na možnou souvislost mezi hraním her on-line, či instalovaných do PC a zkušeností s hrou na výherních automatech či sázkových terminálech (graf 46). Z tohoto důvodu jsem celkový výzkumný soubor rozdělila dle hraní her pomocí PC a takto stratifikovaná data jsem komparovala v návaznosti na vlastní zkušenost respondentů se hrou na výherních automatech/terminálech.

Nejčteněji se objevuje, že osoby hrající PC a on-line hry nemají zkušenost se hrou na výherních automatech/terminálech, kde výsledky jsou velmi shodné (hráči her 65,6%, osoby nehrající 67,5%). Taktéž velmi vyrovnaná data jsou v oblasti respondentů, kteří mají jednorázovou zkušenost s hraním na výherních automatech/terminálech.

V průběhu výzkumu jsem sledovala i problémové chování respondentů ve vztahu k mobilnímu telefonu, které je uvedeno v grafech 47, 48 a 49 a to v návaznosti tohoto problémového chování z genderového hlediska.

**Graf 47: Četnost výskytu problémového chování v návaznosti na mobilní telefon dle pohlaví respondentů (%).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

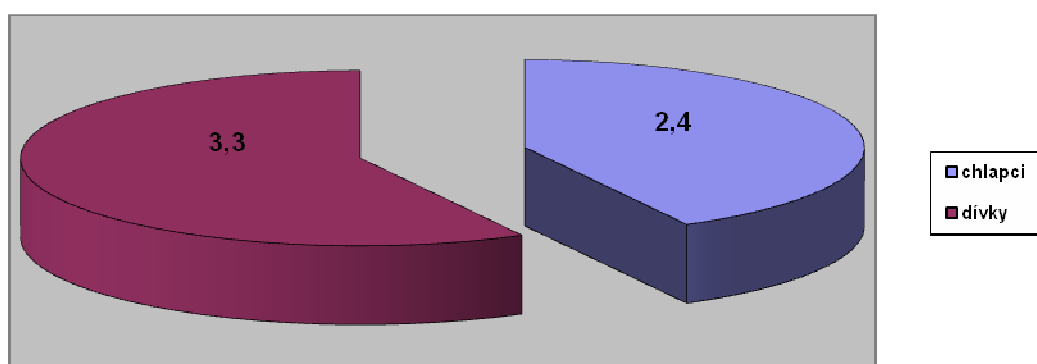
Graf 47 sleduje rizikové chování ve vztahu k mobilnímu telefonu dle vypínání mobilního telefonu respondenty. Jak je uvedeno v grafu, nejčastěji dívky nevypínají mobilní telefon nikdy 49,2% oproti chlapcům 40,7%, což je disproporce dívek oproti chlapcům téměř 9%. Shodné výsledky jsou u obou komparovaných souborů u možnosti odpovědi, že vypínají telefon, jen pokud jsou k tomu nuceni (chlapci 44,5%, dívky 44,4%). Bezproblémové vypínání mobilního telefonu je patrnější u chlapců (14,8%) oproti dívkám (6,4%).

Je samozřejmé, že pouze takto postavená data nemají významnou vypovídací hodnotu, protože řada osob netrpí problémovým chováním v návaznosti na mobilní telefon, ale přesto svůj mobilní telefon nevypínají. Proto byla tato otázka rozšířena i o pětibodové (škálové) hodnocení subjektivního prožívání při nemožnosti komunikovat



pomocí mobilního telefonu (graf 48), kde respondenti měli své pocity označit od stupně 1 (subjektivně vůbec žádný pocit nepohody respondenta při nemožnosti komunikace) až po stupeň 5 (subjektivně nesnesitelný pocit při nemožnosti komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu).

**Graf 48: Četnost výskytu problémového chování v návaznosti na mobilní telefon dle pohlaví respondentů (škála).**



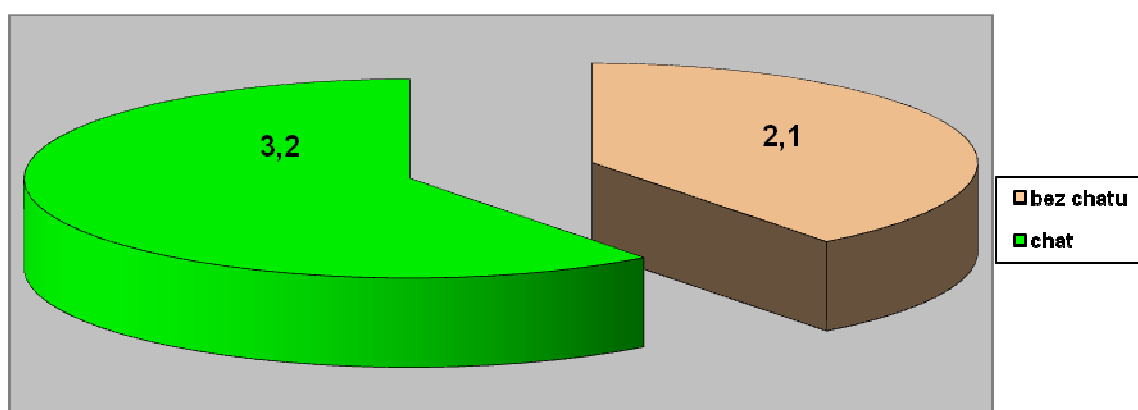
**Zdroj: Vlastní výzkum**

Jak je z výsledků patrné, dívky vykazují vyšší míru diskomfortu (v průměru 3,3 hodnoty bodové škály) při nemožnosti komunikace pomocí mobilního telefonu oproti chlapcům (průměrné 2,4 hodnoty bodové škály). Uvážíme-li, že se jedná o pětibodovou škálu, činí tento rozdíl téměř 20% rozdíl ve vzájemně komparovaném souboru.

V návaznosti na sledované problémové chování v souvislosti s mobilními telefony u respondentů jsem zkoumala další souvislost a to mezi komunikací prostřednictvím mobilního telefonu a využíváním komunikačních programů prostřednictvím PC (ICQ, chat, skype a další komunikační programy či prostředí).

Z celkového výzkumného souboru byl vyčleněn soubor respondentů komunikující prostřednictvím PC a soubor naplněný respondenty nevyužívající PC komunikační programy. Takto získané soubory byly vzájemně porovnávány ve vztahu k bodové škále při nemožnosti komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu.

**Graf 49: Souvislost mezi PC komunikačními programy a mobilem (škála).**



**Zdroj: Vlastní výzkum**

Jak je z výše uvedeného grafu 49 patrné, osoby využívající komunikační programy (3,2 průměrné hodnoty pětibodové škály) prostřednictvím PC vykazují o 1,1 horší hodnotu než respondenti „nekomunikující prostřednictvím PC“ (2,1 průměrné hodnoty pětibodové škály). Tento rozdíl v procentuálním vyjádření značí poměr 64% komunikujících prostřednictvím PC oproti 36% respondentům „nekomunikujících pomocí PC“.

## 5 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat výskyt a rozsah vybraného rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol. Dílčími cíli poté bylo porovnat výskyt těchto jevů v jednotlivých krajích a získaná data komparovat s realizovanou primární prevencí.

Ke zjištění výskytu vybraného rizikového chování byla použita metoda kvantitativního výzkumu realizovaná prostřednictvím dotazníku.

Výzkumný soubor tvořilo 384 žáků 9. tříd základních škol. 140 respondentů pocházelo z Jihočeského, 86 ze Středočeského a 158 z Ústeckého kraje. Průměrný věk respondentů byl 14,8 let, přičemž od tohoto průměru se odchýlil jen nepatrně Středočeský kraj (14,9 let). Výzkumný soubor tvořilo 52% chlapců a 48% dívek (grafy 1, 2, 3).

První sledovanou oblastí bylo užití alkoholu. Přestože je podávání alkoholu mládeži do 18 let trestně postižitelné (40), zkušenost s touto společensky tolerovanou drogou má 91,2% všech respondentů, přičemž nejvyšší procento se objevilo ve Středočeském kraji (96,5%) a nejnižší v Ústeckém kraji (84,2%) (graf 4). Procento respondentů, kteří již někdy ochutnali alkohol, je nižší, než udává studie ESPAD z roku 2007 (98,7%) (50). Nováková (40) uvádí, že žáci poprvé ochutnali alkohol mezi 9. a 11. rokem života, Váchův (59) výzkum z roku 2006 přinesl průměrný věk prvního ochutnání alkoholu dokonce 9,6 let. Výsledky mého šetření ukazují věk o něco vyšší, v průměru 11,1 let. Tento věk se u všech krajů pohyboval kolem tohoto průměru (jen s 0,2 procentní odchylkou). Dle Nešpora (39) je zřejmé, že riziko vzniku závislosti je potencováno nižším věkem konzumace alkoholu. Z grafu 40 je patrné, že průměrný věk, kdy se respondenti setkávají s primární prevencí na toto téma, je 11,3 let. To ale odporuje definici primární prevence, která udává, že primární prevence má být zaměřená na ještě nezasaženou populaci (4). Podle Zábranského (67) a Kaliny (13) je vhodné zahájit primárně preventivní činnost dva až tři roku před vlastním

experimentem. Tím se dle těchto autorů výrazně zvyšuje účinnost a efektivita preventivní činnosti. Z uvedených výsledků vyplývá, že preventivní dění v oblasti užívání alkoholu přichází nejčastěji v době vlastního experimentování s alkoholem. Zde bych poukázala nejen na pozdě přichozí prevenci, ale i na její nedostatečnost, neboť 60,2% respondentů uvedlo, že již někdy byli opilí (graf 7) a v návaznosti na Nešpora (39) je tato situace velmi riziková.

Od výzkumu z roku 2006 (59) se mé výsledky odlišují i v nejčastějším zdroji prvního podání alkoholu. Výše zmiňovaný výzkum ukázal, že jsou jím rodiče, následně pak příbuzní a kamarádi. Z mých výsledků vyplývá (graf 6), že nejčastějším zdrojem prvního podání alkoholu jsou kamarádi (45,1%), poté rodiče (28,9%), jiní příbuzní (13,9%), osoba respondenta (9%) a nakonec někdo jiný (3,1%). Toto pořadí je shodné ve všech zkoumaných krajích. Studie ESPAD (50) ukázala, že nejoblíbenějším nápojem u žáků devátých tříd základních škol je pivo, a to ve 47%. Tuto skutečnost potvrzuje i můj výzkum, pivo preferuje 56,6% respondentů. Dle autorů Pokorný a kolektiv (44) je zřejmé, že v době adolescence je stále zřejmější vliv vrstevníků, s tím souvisí zdroj podávání alkoholu a častější stav opilosti. Vágnerová (56) uvádí, že často je socializace dospívajícího dítěte spojená s přizpůsobením se normám, které se mohou výrazně odlišovat od společnosti a etických norem.

Tento stav je zřejmý i v oblasti užívání tabákových výrobků respondenty. Podle Leinerta (25) má zkušenost s tabákovým výrobkem 67,7% žáků devátých tříd základních škol. Z grafu 10 je ale patrné, že je toto procento vyšší (84,2%). Stejná studie poukazuje na 17% každodenních kuřáků. Dle Procházkové (45) bylo v roce 2006 mezi žáky devátých tříd základních škol 16,3% každodenních kuřáků. Také zde mé výsledky ukazují na vyšší každodenní kouření, a to dokonce 22,7% všech respondentů. Ti jsou dále rozdělení na ty, kteří kouří více než pět cigaret za den (14%) a do pěti cigaret denně (8,7%). Výzkumy (59) ukázaly, že průměrný věk pro první experiment s tabákovým výrobkem je 10,3 a průměrný věk pro pravidelné kouření 11,2 let. Z mého výzkumu vyplývá průměrný věk pro experimentování s tabákovými výrobky 11,4 let a 12,8 let pro pravidelné kouření. Tyto výsledky se shodují i s Březovským (2), který

tvrdí, že vlastní experiment s tabákovým výrobkem přichází mezi 10. a 15. rokem. Dle Marádové (27) je užívání tabákových výrobků dětmi a mladistvými ve společnosti podceňováno a dle dalších autorů (39) je závislost na nikotinu nepřímo srovnávána se závislostí na opiátech. Od výsledků výzkumu (59) se liším i ve věku první vědomé preventivní činnosti, kterou respondenti zažili v průměru v 10,6 letech (graf 40). Opět zde dle mého názoru narážíme na nedostatečnost preventivních aktivit a to z důvodu, že 22,7% žáků devátých tříd uvedlo denní kouření, a to již od 12,8 let. Toto opět vypovídá o pozdním zahájení primární prevence, kde není dodržena vhodná doba dva až tři roky před vlastním experimentem (67).

Prodej a podávání alkoholu a tabáku je dětem do 18. let sice zakázáno, patří ale mezi tzv. legální drogy, společensky tolerované (40). Křivohlavý (23) tvrdí, že zrození kuřáka začíná od narození, kdy rodiče a nejbližší lidé vydávají vůni ovlivněnou kuřivem, a Hála (9) se přiklání k názoru, že jedním z motivů mladých kuřáků může být snaha napodobit rodiče. Stejně tak Mlčoch (30) uvádí, že v dnešní době je outsiderem ne ten, kdo pije alkohol, ale naopak ten, který nepije. Můžeme tedy předpokládat, že pokud bude mít žák rodiče, kteří užívají alkohol a kouří tabákové výrobky, nebude primární prevence moc akceptovaná a účinek prevence realizované např. ve škole se bude tímto snižovat.

V průběhu šetření jsem se zaměřila na rizikové chování v návaznosti na virtuálním prostředí (30), které jsem však rozdělila na jednotlivé skupiny z důvodu možného vyhodnocení. První zkoumanou kategorií bylo používání mobilního telefonu respondenty a hodnocení rizikovosti chování respondentů. Dle Váchy (60) je problematika mobilních telefonů ve společnosti značně podceňována. Respondenti průměrně získávají svůj první mobilní telefon v 9,8 letech, což je oproti roku 2006 o dva roky dříve (59). Primární prevence v této oblasti začíná probíhat od 13,8 let, což opět v rozporu s Kalinou (13), Zábranským (67). Z výzkumu dále vyplývá, že pouze 11,3% respondentů uvádí, že se setkala s primární prevencí v oblasti používání mobilního telefonu (graf 33). Toto zřejmě souvisí s absencí tohoto jevu v Metodickém pokynu MŠMT (30) a dalších předpisů zabývajících se primární prevencí ve školách a

školských zařízeních, kde se hovoří o závislostech na virtuálních drogách, avšak problematika mobilních telefonů není mnohdy do preventivního dění ve školách zařazována. Možnost vzniku rizikového chování v návaznosti na používání mobilního telefonu byla zkoumána na pětibodové škále, kdy hodnota 1 představovala subjektivní pohodu a hodnota 5 subjektivní nepohodu dotazovaných respondentů při nemožnosti komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu (10). Průměrná hodnota subjektivních pocitů byla celkově u všech respondentů 2,8 bodu (graf 14). V převedeném měřítku toto odpovídá 48% respondentů, kteří nemají pocit pohody, nemohou-li mobilní telefon využívat. Podle Nešpora (39) je tento problém ve společnosti nedostatečně řešen, s čímž se shodují na základě provedeného výzkumu. Dále se shodují s Pokorným a kol. (44), kteří uvádějí závažnost závislosti na mobilních telefonech jako obsedantně kompulzivní poruchu. Dalším zkoumáním jsem zjistila patrné rozdíly mezi chlapci a děvčaty (graf 48). Dívky častěji uváděly, že svůj mobilní telefon nikdy nevypínají a průměr jejich subjektivní spokojenosti při vypnutém/nefunkčním aparátu je 3,3 bodu, na rozdíl od chlapců 2,4 bodu. Z tohoto vyplývá, že dívky jsou v přepočtu bodové škály o 18% náchylnější ke vzniku rizikového chování v návaznosti na používání mobilního telefonu než chlapci. Toto je v korelaci s výzkumem provedeným v roce 2006 (59), kde autor upozorňuje na nezbytnost řešení této situace. V návaznosti na výše uvedené údaje se hypotéza H4 potvrdila.

Další kategorií virtuálních drog byl přístup respondentů k počítačům (graf 16). Z výsledků mého výzkumu dále vyplývá, že 98,8% žáků devátých tříd základních škol má přístup k počítači, 79,2% těchto žáků má PC doma a může jej využívat bez omezení, tedy bez jakékoliv kontroly blízkou autoritou. Tento výsledek se shoduje se studií z roku 2006 (59). Dále bylo šetřeno využívání počítače respondenty, přičemž nejčastěji využívají respondenti PC pro vyhledávání informací na internetu a ke komunikaci pomocí virtuálního prostředí a hraní počítačových her, ať již instalovaných v PC či on-line. I na tomto místě bych chtěla upozornit na nedostatečnost primárně preventivního dění, přestože se experti shodují, že hraní počítačových her může ovlivňovat agresivitu žáků (38). Marádová (27) také udává, že člověk využívající virtuální prostředí, potlačuje v reálném životě naplnění svých ambicí, což může mít v dětství špatný vliv na

vývoj jedince, jak uvádí i Nešpor (39). Podle Hály (9) na počítač nevzniká fyzická závislost, ale jen psychická a tak bývá komplikované rozpoznat hranici mezi užíváním či nadužíváním. Dále Hála uvádí, že je v tomto případě nutné sledovat varovné známky, jako je zhoršení školního prospěchu, ubývání koníčků a kamarádů aj. S tímto faktem se velmi často setkávají rodiče, které nechávají či nekontrolují práci dítěte na PC, avšak pociťují nebezpečnost a nadužívání PC dětmi na úkor povinností, což potvrzuje i Vágnerová (56). Rodiče často nepůsobí preventivně, ale direktivně a používají PC jako odměnu či trest za neplnění povinností. To může souviset s faktem, že pouze 28,9% žáků uvedlo, že se setkali s tímto druhem prevence, nejčastěji ve škole.

Ve své práci jsem se zaměřila na využití počítače respondenty dle pohlaví. Bohužel, v této kategorii zatím není v České republice proveden výzkum, se kterým bych získaná data mohla vzájemně porovnat. Ze získaných výsledků vyplývají značné rozdíly mezi využitím PC chlapci a dívkami. Dívky využívají PC nejvíce k vyhledávání informací na internetu a k přípravě do školy, zatím co chlapci k hraní her a chatování (graf 45).

Velmi obdobným rizikovým chováním je podle Pokorného a kol. (44) hraní na výherních automatech a terminálech. Nešpor (39) uvádí, že patologické hráčství je v Mezinárodní klasifikaci nemocí řazeno mezi návykové a impulzivní poruchy ne mezi závislosti. Kalina (14) poukazuje na fakt, že protigamblerské programy v rámci léčebných a resocializačních programů stále více využívá mládež. Také Vágnerová (56) uvádí, že gambling představuje latentní riziko v dospívající populaci, přesto stále není v naší republice věnována tomuto problému dostatečná pozornost. V tomto se shodují, stejně jako Prunner (46), s faktem, že u nás neexistují rozsáhlejší výzkumy tohoto jednání u mladistvých. Z výsledků mého výzkumu je patrné, že 37,2% žáků devátých tříd základních škol má již vlastní zkušenost s hraním na výherních automatech (graf 19), a to buď v podobě experimentu či opakovaného hraní. Toto číslo ale ukazuje také na nedostatečnou uplatňovanou vymahatelnost zákona, neboť také hraní na výherních automatech je osobám do 18 let zakázáno. Prunner (46) dále uvádí, že 3,2% - 8,4% mladých Američanů může mít v důsledku hraní problémy. V rámci mnou realizovaného

výzkumu hodnotím takto (dle kritérií Prunera) 4,5% respondentů. Tato hodnota zahrnuje respondenty, kteří odpověděli „hraji příležitostně“, „chodím si sám zahrát“, „chci hrát, ale nemám peníze“ nebo „hru na automatech vyhledávám“. Zajímavé je, že prevence na toto téma přichází průměrně v 13,7 letech, tedy před vlastní zkušeností se hrou ve 14,1 letech respondentů, avšak dle Kaliny (13) a Zábranského (67) neodpovídá dostatečnému časovému odstupu pro zahájení efektivní primární prevence. Černý (4) uvádí, že cílem primární prevence je předejít vzniku rizikového chování či jej oddálit do co nej/pozdějšího věku. Z mého výzkumu vyplývá, že prevence realizovaná pouhé tři měsíce před vlastní zkušeností opět není dostačující a tím je potencováno riziko vzniku závislosti, protože mladému člověku stačí několik týdnů či měsíců, aby se stal patologickým hráčem (6). Přestože je téma gamblingu uvedené v Metodickém pokynu MŠMT (30), tak s prevencí na toto téma se ve škole setkala pouze polovina respondentů, přičemž tato složka je v celkovém kontextu nejvíce zastoupena. S prevencí patologického hráčství se vůbec nesetkalo 22,7 % respondentů. U tohoto druhu rizikového chování hodnotím jako ohrožený Ústecký kraj, protože pouze v tomto vzorku se objevuje odpověď „chci hrát, ale nemám peníze“ u 1,3% a „hru na automatech vyhledávám“ u 0,7% (graf 19).

Jako superrizikové hodnotí všichni autoři užívání ilegálních drog dětmi a mladistvými. Na to poukazuje i fakt, že ze všech oblastí rizikového chování existuje v tomto případě nejvíce studií. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007 (64) vykazuje, že největší procento žáků devátých tříd má zkušenost s marihuanou. Toto potvrzuje i můj průzkum, kdy v průměru 38,4% respondentů uvedlo užití marihuany. Dále výroční zpráva uvádí užívání léků v 9,1% žáků (léky se sedativními účinky bez předpisu lékařem), přičemž v mém výzkumu jsou tyto látky užity respondenty pouze ve 2,8% ve všech měřených regionech. V mém výzkumu byl druhou nejčastěji užitou drogou oproti výše uvedené Výroční zprávě hašiš se kterým má vlastní zkušenost 6% všech dotázaných respondentů. Následně jsou užívány přírodní drogy, u nichž jsem zaznamenala výraznou disproporci mezi jednotlivými kraji (Středočeský 6,9% a Ústecký kraj 0,6%). Zkušenost žáků s pervitinem a heroinem hodnotí Výroční zpráva (64) jako stabilní a relativně nízkou.



S těmito výsledky se shodují i mé výsledky, jelikož zkušenost s pervitinem přiznalo 1,1% a s heroinem 0,2% žáků. Je však nezbytné poukázat na velké rozdíly mezi měřenými kraji. Zkušenost s pervitinem má 2,1% jihočeských, 1,2% středočeských a 0% ústeckých respondentů. U heroinu je to 0,7% jihočeských a 0% středočeských i ústeckých respondentů. Podle Kaliny (15) užívání těchto drog představuje vysokou míru rizika vzniku závislosti, která úměrně vzrůstá s nízkým věkem uživatele. Dá se tedy říci, že se tyto výsledky aktuálně neshodují s Národní strategií protidrogové politiky (30), v níž vláda rozděluje kraje do 5 skupin dle výskytu rizikových faktorů. Jihočeský a Středočeský kraj jsou řazeny mezi kraje s průměrným stavem demografických ukazatelů a příznivou situací v užívání drog. Ústecký kraj je naopak kraj, kde jsou velmi nepříznivé demografické ukazatele a velmi nepříznivá situace v užívání drog. Podle mého výzkumu se Jihočeský region řadí mezi superrizikové právě v návaznosti na vysokou míru užití drog s vysokým potenciálem rozvoje závislosti.

Pro svou práci jsem zvolila hypotézu H2: Ve Středočeském kraji je nejnižší výskyt zkušeností s užitím nelegální drogy oproti ostatním měřeným regionům.

Graf 21 jasně ukazuje, že nejvyšší procento těch, kteří někdy užili drogu, se vyskytuje v Jihočeském kraji, nejnižší v Ústeckém, Středočeský kraj tedy obsadil pomyslné druhé místo. Také procento užití vykazuje, že ve Středočeském kraji je nejvyšší užití u 6 z 12 zkoumaných druhů drog. Hypotéza H2 se tedy nepotvrdila.

Věk prvního užití ilegální nealkoholové drogy je podle Váchy (59) 13,1 let oproti mému výzkumu, kde je v 13,6 roku. S tímto výzkumem se shoduji v prvně užitě droze, kterou je marihuana. Porovná-li tento údaj s počátkem realizace primární prevence (12,8 let) opět nenaplníme definici primární prevence, neboť rozdíl mezi experimentem a prevencí činí 3/4 roku. Opětovně se tedy shoduji s Kalinou (13) a Zábranským (67). Dále souhlasím s Vágnerovou (56), která uvádí, že děti a mladiství jsou náchylnější ke vzniku závislosti z důvodu vyšší tendence experimentovat a nedostatku náhledu na vlastní zranitelnost. Toto dle mého názoru významně souvisí i s důvody užití nelegální drogy, které jsem ve své práci zkoumala. Nejvíce, a to 25,4% respondentů uvedlo, že důvodem užití byla „zvědavost“. V porovnání s výzkumem

Váchy (59) z roku 2006 je tento důvod v mém výzkumu o 10% vyšší. Další zvýšení bylo i u důvodu užití drogy „na radu kamaráda“, kdy v roce 2006 takto odpověděla 2%, nyní již 3,1% respondentů. Nejvíce tuto možnost využili ústečtí respondenti (5,1%), nejméně středočeští (0,7%). V tomto se neshodují s Pokorným (44), který jako klíčový motiv označuje vliv vrstevníků a nápodobu. O tomto vypovídají i následující důvody k užití ilegální drogy. Těmi jsou „užití drogy jednotlivcem na základě vlivu party“ (Ústecký 1,9%, Středočeský 0%) a „z frajeřiny“ (Ústecký 8,2%, Středočeský 2,3%) (graf 23).

V oblasti frekvence užívání ilegálních a nealkoholových drog jsem zaznamenala nárůst v odpovědi jednorázového užití drogy/experimentu (70,4% respondentů), což je o 20% více, než udává Výroční zpráva (64). Nejrizikovější hodnotím Jihočeský kraj, ve kterém jediném byly zaznamenány odpovědi užívání drogy „denně“ a „několika týdně“, což svědčí o pravidelném a do jisté míry intenzivním užívání (graf 24). V tomto se shodují s názorem Nešpora (39), podle něhož je možné hodnotit výše uvedený region jako velmi rizikový.

Dalším zkoumaným jevem byla reakce respondentů na nabízenou drogu (graf 25). Významná část respondentů uvádí, že drogu odmítne (73,1%). Jako rizikovou hodnotím odpověď „měkké přijmu, tvrdé odmítnu“, kterou využilo 9,1% žáků, jako superrizikovou pak odpověď „jakoukoli drogu přijmu a užiji“, protože podle Pokorného (44) se riziko nadužívání drog u jedince zvyšuje v důsledku zařazení se do skupiny osob užívající drogu.

Jako nejrizikovější osoba nabízející drogu je známá osoba/kamarád z party, kde tuto nabízenou látku užila třetina respondentů (graf 42). V tomto výsledku se shodují s výzkumem Váchy (59) a s názorem Vágnerové (57), která uvádí častou a velmi významnou interakci mezi jedinci v době dopívání a socializace.

Výzkum dále ukazuje, že více než polovina žáků (54,8%), kteří mají zkušenost s užitím nelegální drogy, schvaluje užívání drog jinými lidmi, 29% je to jedno, jen 6,9% toto chování odsuzuje a vystupuje proti tomu. Naopak nejčastější postoj těch, kteří

drogu neužili, je odsuzování užívání drog jinými lidmi, 37,1% zaujímá postoj lhostejnosti a jen 0,5% toto chování schvaluje (grafy 43, 44). Tento výsledek koreluje s tvrzením Langmeiera (24), který uvádí, že jedinec chovající se určitým způsobem, toto jednání zobecňuje a schvaluje i u ostatních osob. Dále se shodují s Nešporem (39) v tvrzení, že užívání drog mění osobu uživatele k omlouvání vlastního jednání a tudíž i schvalování takového jednání.

Další šetření se týkalo setkání respondentů se šikanou (graf 27). Celkově 35,1% žáků uvedlo, že se již někdy setkali s některou z forem šikany, a to v průměru v 10,8 letech. To je o 1,2 let později, než udává Váchův výzkum (59). Prevence šikany přichází v průměru v 9,6 letech, tedy o 1,2 roku před vlastní zkušeností. Trapková (52) uvádí, že primární prevence by se měla zaměřovat na posilování zdravých vztahů mimo rodinu již v předškolním věku. Jako superrizikovou odpověď na otázku postoje respondentů k šikaně vidím možnost „je to normální“ a „občas se přidám“. Takto odpovědělo celkem 3,1% žáků. V tomto se shodují s Kolářem (18), který uvádí, že tento postoj je nejčastější u budoucích agresorů a to již minimálně v „ostrakismu“ ale především ve fázi „fyzické agrese“ či „úderného jádra“. Celkově 0,9% respondentů uvedlo, že se nemůže bránit, protože jsou sami šikanováni. Nejčastěji byl tento názor respondenty etablován v Jihočeském regionu 2,1% následně v Ústeckém 0,6%, oproti nulové odpovědi ve Středočeském kraji, což označuje Jihočeský region jako nejrizikovější.

Posledním zkoumaným jevem byl sexuální styk respondentů (grafy 29, 30). Ten je v naší republice povolen od 15 let (49). Proto je mé zjištění, že průměrný věk pro první styk je ještě o rok nižší, tedy 14 let, velmi alarmující. Primární prevence, která je nejčastěji součástí některého z vyučovaných předmětů, přichází ve 13,5 letech. Nejčasněji začínají být sexuálně aktivní ústečtí respondenti, a to ve 13,7 letech, nejpозději středočeští, ve 14,3 letech. Vlastní zkušenost s pohlavním stykem udává 30,8% respondentů z celkového souboru, což znamená, že 69,2% stanovenou zákonnou normu doposud dodrželo. I přes preventivní dění uvedlo 17,5% respondentů, že mělo pohlavní styk nechráněný (za chráněný pohlavní styk bylo považováno použití

kondomu), 11% nedobrovolný, 6,6% respondentů mělo pohlavní styk pod vlivem alkoholu či jiné omamné látky. Velmi rizikové okolnosti jsou v 19,2% vykonaného pohlavního styku s neznámým partnerem, 0,5% s rodinným příslušníkem a 0,5% dokonce pod vlivem fyzického násilí. Tyto údaje se shodují s Váchou (60), který je hodnotí jako superrizikové, kde v mém výzkumu takto hodnotím Ústecký region. Vystává zde tedy otázka, zda primární prevenci na toto téma nevyřadit z předmětů a nedat jí samostatný prostor nejen v rámci primární prevence, ale i v rámci vlastní výuky. Uzel (54) uvádí, že je vhodné zahájit preventivní činnost včas a především ji netabuizovat tak, jak tomu bývá v mnoha rodinách.

Pro svou práci jsem zvolila ještě dvě hypotézy:

H1: V Ústeckém kraji je četnější výskyt vybraných forem rizikového chování než v ostatních měřených regionech.

Za účelem potvrzení či vyvrácení této hypotézy jsem použila výsledky prezentované v grafech 4, 7, 10, 14, 15, 19, 21, 27, 29, a 30.

Co se týče zkušenosti respondentů s alkoholem, nejvyšší četnost byla zaznamenána v kraji Středočeském, naopak v Ústeckém kraji byla zaznamenána četnost nejnižší. Ani v otázce opilosti respondentů se Ústecký kraj neumístil na prvním místě. Také zkušenost s tabákovými výrobky byla v Ústeckém kraji nejmenší. Při hodnocení pocitů při nemožnosti komunikovat a vypínání mobilního telefonu se Ústecký kraj umístil až na 2. a 3. místě. Hru na výherních automatech sice vyhledávají respondenti v Ústeckém kraji nejčastěji, zároveň bylo ale v tomto regionu zaznamenáno nejmenší procento těch, kteří tuto hru někdy zkusili. Dalším rizikovým chováním bylo užití některé z nelegálních látek. Také zde Ústecký kraj obsadil 3. místo, které znamená nejnižší výskyt tohoto jednání. Nutno podotknout, že Ústecký kraj je krajem s nulovou zkušeností s drogami s vysokou mírou nebezpečnosti (pervitin, heroin). Pouze u šikany byl v Ústeckém kraji zaznamenán vyšší výskyt setkání než u ostatních krajů. Posledním zkoumaným jevem byl sexuální styk. Ve vlastní zkušenosti se Ústecký kraj drží uprostřed, byl zde ale zaznamenán nejnižší věk první zkušenosti. Tento kraj je také

region s nejvyšším počtem sexuálního styku s rodinným příslušníkem a pod vlivem fyzického násilí. Na základě výše uvedených výsledků se hypotéza H1 nepotvrdila.

H3: Jedinci, kteří kouří tabákové výrobky, mají větší zkušenost s ilegálními drogami než nekuřáci tabákových výrobků.

V grafu 41 jsem zpracovala komparaci mezi kouřením tabákových výrobků a užitím nelegální drogy. Výsledky ukazují, že největší zkušenost s užitím drogy mají jedinci, kteří kouří více než 5 cigaret denně. Nejnižší pak ti, kteří tabákový výrobek nikdy nezkusili. Toto potvrzuje výše zmíněnou hypotézu.

## 6 ZÁVĚR

Předkládaná práce se zabývá výskytem rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol. V důsledku takového jednání totiž dochází k narušení zdraví, životních hodnot i vztahů nejen jedince, ale i celé společnosti. V současné době dochází k posunu věkové hranice pro výskyt rizikového chování k nižším věkovým kategoriím, na to však již nestačí reagovat složky preventivního dění. V období dospívání si navíc jedinec začíná uvědomovat svou hodnotu a pociťuje nutkání odpoutat se od rodičů. Jedná se o velmi bouřlivé životní období, kdy u jedince nastávají změny tělesné, psychické i sexuální. Ne každý se dokáže s těmito změnami vyrovnat, každý s nimi bojuje jinak. Slabší jedinci pak mohou podlehnout snazšímu způsobu života, který může rizikové chování na první pohled přinášet. Na jeho vzniku se podílí více faktorů, které se mohou v průběhu měnit.

Data pro tuto práci byla sbírána na základních školách v Jihočeském, Středočeském a Ústeckém kraji. Pro zjištění dat byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika anonymního dotazníku. Respondenti je vyplňovali ve školním prostředí, ovšem s vyloučením jim blízké autority. Před zahájením průzkumu byl proveden předvýzkum pro ověření srozumitelnosti otázek.

Cílem této práce bylo zmapovat výskyt a rozsah vybraných forem rizikového chování u žáků devátých tříd základních škol. Dílčími cíli pak bylo porovnat výskyt těchto jevů v jednotlivých regionech a komparovat tyto výsledky s realizovanou prevencí. Domnívám se, že vytyčené cíle byly splněny.

Práce osahuje teoretickou a praktickou část, přičemž teoretická část popisuje jednotlivé vybrané jevy, předchodzí statistiky jejich výskytu, stejně jako období života, ve kterém se respondenti nacházejí. Praktická část obsahuje výsledky vlastního výzkumu a předem stanovené hypotézy:

**H1:** V Ústeckém kraji je četnější výskyt vybraných forem rizikového chování než v ostatních měřených regionech.

**H2:** Ve Středočeském kraji je nejnižší výskyt zkušeností s užitím nelegální drogy oproti ostatním měřeným regionům.

**H3:** Jedinci, kteří kouří tabákové výrobky, mají větší zkušenost s ilegálními drogami než nekuřáci tabákových výrobků.

**H4:** Dívky jsou náchylnější ke vzniku rizikového chování v návaznosti na používání mobilního telefonu než chlapci.

Porovnáme-li výsledky dle jednotlivých zkoumaných krajů, nejvyšší zkušenost respondentů s nelegálními drogami, a to včetně tvrdých drog, jako je pervitin a heroin, byla zaznamenána v Jihočeském kraji. Tito respondenti také nejčastěji uváděli denní konzumaci drog. Dále se v Jihočeském kraji nachází nejvíce žáků, kteří kouří více než 5 cigaret denně. Jihočeští žáci označovali své pocity při nemožnosti komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu nejčastěji jako diskomfortní. V tomto kraji se v největší míře hrají počítačové hry. Mezi Jihočeskými respondenty se také nejčastěji objevuje neznámý partner při sexuálním styku.

Ve Středočeském kraji má zkušenost s legálními drogami, jako je alkohol a tabák, největší část respondentů. Na to navazuje věk první zkušenosti, který je u obou těchto látek ve Středočeském kraji nejnižší.

Žáci začínají zkoušet hru na výherních automatech nejčasněji v Ústeckém kraji, kde se také nejčastěji objevuje vyhledávání hry. Zároveň je tento kraj místem, kde má nejméně respondentů zkušenost s hrou na výherních automatech. Více než rok před povolenou věkovou hranicí se zde objevují zkušenosti s pohlavním stykem. V Ústeckém kraji je nejvyšší zastoupení sexuálního styku s rodinným příslušníkem a pod vlivem fyzického násilí.

Z výsledků je patrné, že mnou vybrané jevy rizikového chování se vyskytují více či méně ve všech zkoumaných krajích. Dále bylo zjištěno, že primárně preventivní dění přichází v mnoha případech pozdě, tedy již po prvním setkání žáků s vybraným jevem.

Na základě výzkumu byly hypotézy H1 a H2 vyvráceny a hypotézy H3 a H4 potvrzeny.

Výsledky této práce jistě využiji osobně při realizaci primární prevence na základních školách, neboť se domnívám, že by lektoři prevence měli znát rozsah výskytu i věk prvního setkání žáků s rizikovým chováním, aby mohla primární prevence naplňovat svou definici, tedy zaměření na ještě nezasaženou populaci. Dále mohu výsledky nabídnout jednotlivým školám, přesněji školním metodikům prevence, kteří se jimi mohou inspirovat při psaní Minimálních preventivních programů. Dále může tato práce sloužit těm, kteří se zajímají o práci lektora primární prevence. V neposlední řadě věřím, že může být práce využita pro potřeby výuky a další realizovaný výzkum.



## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BENDL, S. *Školní kázeň – metody a strategie*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-80-3
2. BŘEZOVSKÝ, P. Tabák a alkohol v ČR. *Závislosti a my*. Liberec: září 2004. 12-13 s. ISSN 1213-8584
3. ČECHOVÁ, V. – MELLANOVÁ, A. – KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika 2*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8
4. ČERNÝ, M. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a nefunguje v primární prevenci. In. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007. 12 s. ISSN 1214–1089
5. FRYDECKÁ, L. *Každé třetí dítě ve škole zažilo šikanu* [online]. 2. 5. 2005 [cit. 2009-05-18]. Dostupné z: <[http://zpravy.idnes.cz/kazde-treti-dite-ve-skole-zazilo-sikanu-fc1-/domaci.asp?c=A050501\\_202240\\_domaci\\_miz](http://zpravy.idnes.cz/kazde-treti-dite-ve-skole-zazilo-sikanu-fc1-/domaci.asp?c=A050501_202240_domaci_miz)>
6. *Gambling and youth*. [online]. [cit. 2009-03-01]. Dostupné z: <<http://www.ccp.org/audiences/youth.html>>
7. GÖHLERT, Fr.-Ch. – KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-0
8. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9
9. HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1.vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 52s. ISBN 80-7040-815-4

10. HANZLOVSKÝ, M. *Závislost na mobilu – hrozba?*. [online]. [cit. 2009-03-23]. Dostupné z: <<http://www.prodamy.cz/zavislost-na-mobilu-hrozba.html>>
11. HUDECOVÁ, A. Šikanovanie v školskom prostredí a možnosti jeho prevencie. In *Drogy a šikana-stále nebezpečí*. Vsetín: Město Vsetín, komise prevence kriminality, 2007. 104 s. ISBN 978-80-254-0524-6
12. JEDLIČKA, R. et. al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vydání. Praha: Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0
13. KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6
14. KALINA, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 343s. ISBN 80-86734-05-6
15. KALINA, K. et. al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0
16. KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4
17. KOLÁŘ, M. *Bolest šikanování*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 256 s. ISBN 80-7178-513-X
18. KOLÁŘ, M. Devět kroků při řešení počáteční šikany, aneb pedagogická chirurgie. *Prevence*, Praha: 2005, roč. II., č. 7., 17-18 s. ISSN 1214-8717
19. Kolektiv autorů sdružení Sananim. *Drogy-otázky a odpovědi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2
20. KOZLOVÁ, L. Výzkum v sociální oblasti. [online]. [cit. 2009-04-21]. Dostupné z: <[http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm)>
21. KRÁLÍKOVÁ, E., KOZÁK, J. *Jak přestat kouřit*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. 130 s. ISBN 80-85912-68-6

22. KRAMNÁ, L. *Co je Minimální preventivní program*. [online]. [cit. 2009-04-1]. Dostupné z: <<http://www.cogfm.cz/minimalnipreventivniprogram.htm>>
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
24. LANGMEIER, J. – BALCAR, K. – ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2000. 431 s. ISBN 80-7178-381-1
25. LEINERT, O. *Většina žáků vyšších tříd ZŠ má zkušenost s kouřením*. [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <<http://domaci.ihned.cz/c1-21686150-vetsina-zaku-vyssich-trid-zs-ma-zkusenost-s-kourenim>>
26. MACEK, P. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 144s. ISBN 80-7178-747-7
27. MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislosti*. 1. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9
28. MASÁR, O. – NOVOTNÝ, J. *Vybrané kapitoly z problematiky starostlivosti o toxikomanov*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2004. 150 s. ISBN 80-7040-702-6
29. McGRATH, Y. et. al. *Prevence užívání drog mezi mládeží: Přehled dostupných informací*. 1. vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 74 s. ISBN 978-80-87041-16-1
30. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy č. j. 28 275/2000 - 22 k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení* [on-line]. [cit. 2009-01-08]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/metodicky-pokyn-k-sikanovani>>
31. MLČOCH, Z. *Definice kouření a zajímavosti*. [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <<http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=definice>>

32. MLČOCH, Z. *Fakta o nikotinu*. [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <<http://www.kurakovaplice.cz/index.php?strana=nikotinfakta>>
33. MLČOCH, Z. *Role alkoholu*. [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <[http://alkoholismus.wz.cz/role\\_alkoholu.htm](http://alkoholismus.wz.cz/role_alkoholu.htm)>
34. MLČOCH, Z. *Stádia alkoholismu*. [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <[http://alkoholismus.wz.cz/stadia\\_alkoholismu.htm](http://alkoholismus.wz.cz/stadia_alkoholismu.htm)>
35. MLČOCH, Z. *Úvodní stránka* [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <<http://alkoholismus.wz.cz/>>
36. *Mobil – izace*. [online]. 5. 5. 2008 [cit. 2009-03-23]. Dostupné z: <<http://clanky.kompletne.cz/index.php?page=clanek&ID=136>>
37. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 31 s. ISBN 80-86734-39-0
38. *Násilné počítačové hry ohrožují mládež, tvrdí experti*. [on-line]. 17. 3. 2009 [cit. 2009-03-23]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/internet-a-pc/hry-a-herni-systemy/164107-nasilne-pocitacove-hry-ohrozuji-mladez-tvrdi-experti.html>>
39. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6
40. NOVÁKOVÁ, E. *Výskyt vybraného rizikového chování u žáků základních škol v okresech Louny a České Budějovice*. České Budějovice, 2008. 125 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Vedoucí diplomové práce Mgr. Pavel Vácha
41. *O kouření*. [online]. [cit. 2009-02-02]. Dostupné z: <<http://www.odvykani-koureni.cz/o-koureni>>
42. PANČOCHA, K. *Speciálně pedagogická dimenze závislostního chování*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita MSD, 2006. 167s. ISBN 80-86633-61-6

43. PIPEKOVÁ, J. et. al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
44. POKORNÝ, V. – TELCOVÁ, J. – TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04
45. PROCHÁZKOVÁ, K. *Drahé cigarety? Nevadí. Čtvrtina Čechů kouří dál*. [online]. 27. 5. 2005 [cit. 2009-06-01]. Dostupné z: <[http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/drahe-cigarety-nevadi-ctvrtina-cechu-denne-kouri\\_61990.html](http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/drahe-cigarety-nevadi-ctvrtina-cechu-denne-kouri_61990.html)>
46. PRUNNER, P. *Psychologie gamblersství aneb Sázka na štěstí*. 1. vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 273 s. ISBN 978-80-7380-074-1
47. ROZEHNALOVÁ, M. *Co se skrývá za sexem dospívajících*. 1. vydání. Praha: Cevap, 2005. 146 s. ISBN 80-902898-8-6
48. ROZSYPALOVÁ, M. – ČECHOVÁ, V. – MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika 1*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 186 s. ISBN 80-7333-014-8
49. *Sexuální výchova přispívá k zodpovědnému chování mládeže*. [online]. 14. 11. 2008 [cit. 2009-02-26]. Dostupné z <<http://www.intimni-zivot.cz/sexualni-zacatky/cilem-sexualni-vychovy-je-ochrana-mladych-lidi.html>>
50. *Souhrn výsledků studie ESPAD 2007 v České republice*. [online]. 9. 7. 2008 [cit. 2009-04-02]. Dostupné z: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/klicove\\_indikatory/populacni\\_pruzkumy/souhrn\\_vysledku\\_studie\\_espad\\_2007\\_v\\_ceske\\_republice](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/souhrn_vysledku_studie_espad_2007_v_ceske_republice)>
51. STUHLÍKOVÁ, I., et al. *Zvládání emočních problémů školáků*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 170 s. ISBN 80-7178-534-2

52. TRAPKOVÁ, B. *Cíle prevence podle věku*. [online]. [cit. 2009-02-06]. Dostupné z: <<http://primarniprevence.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=152&list=152&shw=100009>>
53. 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
54. UZEL, R. *Sexuální výchova*. 1. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28s. ISBN 80-86991-69-5
55. VÁGNEROVÁ, M. *Kognitivní a sociální psychologie žáka základní školy*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-246-0181-8
56. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
57. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0
58. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
59. VÁCHA, P. *Potřeba specifické primární prevence. Evaluace a diagnostika*. Praha: 2008, roč. 11, č. 11, s. 1-8. ISSN 1801-8424
60. VÁCHA, P. *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti*. [online]. [cit. 2009-04-02]. Dostupné z: <[http://www.prevence.net/science/vacha\\_02.pdf](http://www.prevence.net/science/vacha_02.pdf)>
61. VESELÁ, J. *Sociologický výzkum a jeho metody*. 2. vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 92 s. ISBN 80-7194-847-0

62. VESELÁ, J. Sociologický výzkum a jeho techniky. 1. vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, 1999. 54 s. ISBN 80-7194-188-3
63. *Vybrané termíny primární prevence*. [online]. 12. 10. 2007 [cit. 2009-02-06]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/vybrane-terminy-primarni-prevence>>
64. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8
65. WHO. *Zdraví 21*. Praha, 2001. 142 s. ISBN 80-85047-19-5
66. WOLFE, D. A. - JAFFE, P.G. – CROOKS, C.V. *Adolescent Risk Behaviors*. New Haven: Yale Univesity Press, 2006. 292 s. ISBN 978-0-300-11080-7
67. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4
68. *Závislost na počítačích a počítačových hrách* [online]. [cit. 2009-03-23]. Dostupné z: <<http://www.poradenskecentrum.cz/pocitacova-zavislost.php>>
69. ZDRAŽILOVÁ, A. Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob. *Závislosti a my*, Liberec: listopad 2006, 30 s. ISSN 1213-8584

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Dospívání

Jihočeská kraj

Rizikové chování

Středočeská kraj

Ústecký kraj

Základní škola



## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník

## **Příloha 1**

### ***Dotazník***

*Milí žáci,*

*jmenuji se Markéta Suchelová a studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce a bude použit POUZE pro její potřeby. Dotazník je ANONYMNÍ, NEPODEPISUJTE SE. Vyplněný dotazník uvidím jen já, nikdo z vašich učitelů ani rodičů k němu nebude mít přístup. Sami se můžete rozhodnout, zda tento dotazník vyplníte. Aby byl dotazník použitelný, je potřeba ho vyplnit popravdě a nevynechat žádnou otázku. Odpovědi kroužkuj či vepisuj.*

*Předem děkuji za spolupráci.*

---

#### **1. Kolik je Ti let?**

Vepiš číslo..... let

#### **2. Ve kterém kraji trvale bydlíš?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Jihočeský kraj
- b) Středočeský kraj
- c) Ústecký kraj

**3. Jsi:**

*Jedna možná odpověď*

- a) Muž
- b) Žena

**4. V kolika letech jsi poprvé ochutnal/a alkohol?**

Vepiš číslo .....

**5. Kdo Ti jej poprvé podal?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Rodič
- b) Jiný příbuzný
- c) Kamarád
- d) Já sám/sama
- e) Někdo jiný (vepiš kdo)  
.....

**6. Už jsi byl/a někdy opilý/á?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Ano
- b) Ne

## 7. Jaký alkohol Ti chutná?

*Více možných odpovědí*

- a) Pivo
- b) Víno
- c) Likéry (sladký alkohol)
- d) Destiláty (tvrdý alkohol)
- e) Jiný (vepiš)

.....

## 8. Jak často alkohol piješ?

*Jedna možná odpověď*

- a) Vůbec
- b) Příležitostně (rodinné oslavy, párty, setkání s přáteli)
- c) Jako součást stravovacího režimu (sklenička po jídle...)
- d) Denně
- e) Občas se opiji
- f) Jinak (uveď jak) .....

**9. Kouříš tabákové výrobky?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Příležitostně
- b) Denně do 5 cigaret
- c) Denně víc jak 5 cigaret
- d) Kouřil/a jsem, ale již nekouřím
- e) Zkusil/a jsem, ale nekouřím
- f) Nikdy jsem to nezkusil/a

**10. V kolika letech jsi poprvé kouřil/a?**

.....

**11. V kolika letech jsi začal/a pravidelně kouřit?**

.....

**12. Vlastníš mobilní telefon?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Ano
- b) Ne
- c) Vlastnil/a jsem, ale již ho nemám

**13. V kolika letech jsi poprvé dostal/a mobilní telefon?** (Nevyplňuj v případě, že jsi mobil nikdy neměl/a) vepiš

číslo.....

**14. Vypínáš svůj mobilní telefon?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Vypínám, nevadí mi to
- b) Vypínám ho, jen když musím
- c) Nikdy (ani v noci, ve škole, při schůzce)

**15. Označuj jako ve škole, jak se cítíš, když nemůžeš přijímat ani odesílat hovory a SMS zprávy přes mobilní telefon (vypnutý telefon, špatný signál...).**

*Jedna možná odpověď*

Hodnota 1 znamená, že Ti to naprosto nevadí, hodnota 5 značí velmi nepříjemný pocit.

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**16. Máš přístup k počítači?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Mám ho doma a mohu jej využívat libovolně
- b) Mám ho doma, ale přístup k němu mám omezený
- c) Nemám ho doma, ale mám přístup jinde (kamarád, příbuzný)

- d) Měl/a jsem ho doma, ale již ho nemám
- e) Mám přístup jen ve škole
- f) Nemám žádný přístup k počítači

## 17. K čemu využíváš počítač?

*Více možných odpovědí*

U každé činnosti vepiš, kolik hodin **týdně** asi touto činností trávíš.

- a) Nižší programování (tvorba videa, úprava fotek...).....hodin/týden
- b) Hledání informací na internetu.....hodin/týden
- c) Hraní her instalovaných v počítači.....hodin/týden
- d) Hraní her on-line.....hodin/týden
- e) Chatování a komunikační programy (seznamka, ICQ, Skype).....hodin/týden
- f) Návštěva erotických stránek, sledování erotických programů.....hodin/týden
- g) Práce do školy (seminární práce, úkoly, vyhledávání informací potřebných pro výuku na internetu).....hodin/týden
- h) Jiné:..... (vepiš jaké).....hodin/týden

**18. Hrál/a jsi někdy na výherních automatech?**

*Jedna možná odpověď*

***Pokud jsi již někdy hrál/a, uveď, v kolika letech poprvé: v.....letech***

- a) Ne, nikdy jsem to nezkusil/a
- b) Ano, jen jsem to zkusil/a
- c) Hrál/a jsem opakovaně, ale již nehraji
- d) Když je příležitost, zahraji si
- e) Občas si jdu sám/sama zahrát
- f) Chtěl/a bych hrát, ale nemám na to peníze
- g) Ano, hru na výherních automatech vyhledávám

**19. Užil/a jsi někdy nějakou zakázanou drogu (kromě alkoholu a tabáku)?**

*Více možných odpovědí*

***Pokud ano, vepiš věk prvního užití.***

- a) Ne, nikdy, jsem zakázanou drogu nezkusil/a
- b) Ano, marihuanu .....let
- c) Ano, hašiš .....let
- d) Ano, extázi .....let
- e) Ano, LSD .....let
- f) Ano, přírodní drogy (lysohlávky aj.).....let
- g) Ano, pervitin .....let



- h) Ano, heroin .....let
- i) Ano, kokain .....let
- j) Ano, organická rozpouštědla (čichání ředidel, lepidel, barev aj.).....let
- k) Ano, léky (aniž by mi něco bylo či mi je předepsal lékař)..... let

***Pokud jsi odpověděl/a ne, pokračuj otázkou 22.***

**20. Z jakého důvodu jsi uvedenou drogu užil/a?**

*Více možných odpovědí*

- a) Ze zvědavosti
- b) Na radu kamaráda
- c) Z vlastního rozhodnutí
- d) V životní krizi
- e) Z nudy
- f) Abych zapadl/a do party
- g) Z frajeřiny
- h) Z jiného důvodu (vepiš kterého).....

## 21. Užil/a jsi nějakou drogu opakovaně?

*Více možných odpovědí u více drog, u jedné drogy jedna odpověď*

***U vybrané odpovědi vepiš drogu***

- a) Ne, užil/a jsem jen jednou .....
  - b) Ano, ale ne pravidelně .....
  - c) Ano, pravidelně .....
    - I. Denně.....
    - II. Jednou týdně.....
    - III. Několikrát týdně.....
    - IV. Jednou měsíčně.....
    - V. Několikrát měsíčně.....
- d) Užíval/a jsem, ale již neužívám.....

## 22. Co uděláš, pokud ti někdo nabídne drogu?

*Jedna možná odpověď*

- a) Odmítnu a oznámím to nějaké autoritě (učitel, rodič aj.)
- b) Odmítnu, ale neoznámím
- c) Drogu přijmu, ale vyhodím ji
- d) Drogu přijmu a schovám (pro „Strýčka Příhodu“)
- e) Tvrdé drogy (heroin, pervitin) odmítnu, měkké (marihuana aj.) přijmu a užiji
- f) Drogu přijmu a užiji
- g) Nevím

**23. Jaký je tvůj názor na lidi, kteří drogy užívají?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Radikálně odsuzuji a vystupuji proti nim
- b) Odsuzuji, ale nevystupuji proti nim
- c) Je mi to jedno, ať si každý dělá, co chce
- d) Schvaluji
- e) Jiný (vepiš jaký) .....

**24. Máš zkušenost s opakovaným ubližováním (šikanou)? (ať se týkalo Tebe nebo někoho jiného)**

*Jedna možná odpověď*

***Pokud odpovíš ano, vepiš věk, kdy jsi se poprvé setkal/a se šikanou***

- a) Nemám
- b) Ano, mám .....let

**25. Jaký je Tvůj názor na šikanu?**

*Jedna možná odpověď*

- a) Radikálně ji odmítám a případnou šikanu oznámím blízké autoritě (rodič, učitel)
- b) Odmítám ji, neoznámím, ale sám/sama zasáhnu
- c) Odmítám ji, ale neoznámím ani nezasáhnu
- d) Je mi to jedno, moje věc to není

- e) Někdy se přidám
- f) Je to normální jev
- g) Neumím nebo nemohu se bránit, jsem sám/sama šikanovaný/á

**26. Už jsi měl/a někdy pohlavní styk?**

*Jedna možná odpověď*

***Pokud odpovíš ano, vepiš věk první zkušenosti***

- a) Nemám zkušenost
- b) Ano, mám v.....letech

**27. O jaký styk se jednalo?**

*Více možných odpovědí*

***Označ všechny pravdivé odpovědi***

- a) Nemám zkušenost
- b) Dobrovolný
- c) Nedobrovolný
- d) Chráněný
- e) Nechráněný
- f) Pod vlivem alkoholu či drog
- g) Na nebo po diskotéce, párty
- h) Se známým partnerem

- i) S neznámým partnerem
- j) S příbuzným
- k) Pod vlivem fyzického násilí

**28. Zažil/a jsi někdy nějakou přednášku, sezení či besedu na dané téma?**

*Vyplň všechny odpovědi a vepiš věk, kdy poprvé.*

a) Účinky a rizika alkoholu

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v ..... letech

III. Ve škole v ..... letech

IV. Jinde (vepiš kde)..... v ..... ..letech

b) Účinky a rizika kouření

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde).....v.....letech

c) Používání mobilního telefonu

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

d) Používání internetu

I. Nezažila/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

e) Hraní počítačových her

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

f) Hraní na výherních automatech

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

g) Účinky a rizika drog

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

h) Šikana

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

i) Sexuální život

I. Nezažil/a jsem

II. Doma v .....letech

III. Ve škole v .....letech

IV. Jinde (vepiš kde) ..... v .....letech

**Děkuji za spolupráci a přeji hezký den.**