

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PREVENCE NEDROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Bakalářská práce

3.5.2010

Autor: Kateřina Pelechová

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Abstrakt

Prevention of non-drug addictions

Non-drug addictions are part of us, including children and youth. It is important to realize that non-drug addictions influence us and are underestimated despite their seriousness. They constitute serious social-pathological phenomenon of the present. This Bachelor Thesis deals particularly with prevention and the present situation of socially undesired behaviour that is very widespread in current society. With pathological gambling, mobile phone addiction, virtual addictions, alimentary disorders and sect addiction.

The goal of the research was to map the representation of individual phenomena of risk-loaded behaviour within primary prevention in schools and school institutions and to assess the efficiency of the prevention applied in the area of non-drug addictions. The goal of the Thesis was met. I came to the following conclusions through my research: Hypothesis 1: The issue of virtual addictions is insufficiently represented in primary prevention as against prevention of drug addictions, was confirmed. Hypothesis 2: Primary prevention of non-drug addictions is inefficient in schools and school institutions, was confirmed.

The introduction of the theoretical part deals with several basic concepts; then it characterizes individual non-drug addictions. The conclusion of the theoretical part deals with prevention, particularly primary prevention and the system of organization and direction of primary prevention of socially pathological phenomena in pupils.

I used quantitative research to process the practical part, and questionnaire technique to collect data. I performed questionnaire investigation in 2nd classes of a grammar school, a secondary school and a training institution of České Budějovice. The research set consisted of 73 respondents. The practical part of my Thesis deals particularly with the analysis of the experiences of the respondents with socially undesirable behaviour and timely primary prevention in schools with regard to individual kinds of socially undesirable behaviour.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Prevence nedrogových závislostí 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 bakalářské práce prostřednictvím elektronické cesty, která je ve veřejně přístupné STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat mému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Pavlu Váchovi za jeho vstřícnost, podnětné a cenné rady. Dále patří mé poděkování zúčastněným respondentům za spolupráci a v neposlední řadě mé rodině za trpělivost a oporu.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav	8
1.1 Rizikové chování	8
<i>1.1.2 Závislost.....</i>	<i>8</i>
<i>1.1.3 Nedrogová závislost.....</i>	<i>9</i>
<i>1.1.4 Adolescence</i>	<i>9</i>
<i>1.1.5 Rizika dospívání</i>	<i>10</i>
<i>1.1.6 Instituce a služby zabývající se rizikovou mládeží v České Republice</i>	<i>10</i>
1.2 Patologické hráčství, gamblerství.....	11
<i>1.2.1 Patologické hráčství podle Světové zdravotnické organizace (MKN-10)....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2 Vznik patologického hráčství.....</i>	<i>12</i>
<i>1.2.3 Patologické hráčství u dětí a mladistvých</i>	<i>13</i>
1.3 Závislost na mobilním telefonu.....	13
<i>1.3.1 Rizika závislosti na mobilních telefonech u dětí a mladistvých</i>	<i>14</i>
1.4 Virtuální závislosti	14
<i>1.4.1 Závislost na počítačích a počítačových hrách.....</i>	<i>14</i>
<i>1.4.2 Závislost na internetu/netomanie</i>	<i>15</i>
<i>1.4.3 Virtuální závislosti u dětí a mladistvých.....</i>	<i>15</i>
1.5 Poruchy příjmu potravy	16
<i>1.5.1 Mentální anorexie</i>	<i>16</i>
<i>1.5.2 Mentální bulimie</i>	<i>17</i>
<i>1.5.3 Záchvatovité přejídání</i>	<i>18</i>
<i>1.5.4 Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy.....</i>	<i>18</i>
1.6 Závislost na sektě	19
<i>1.6.1 Vliv náboženských skupin na děti a mládež.....</i>	<i>19</i>
1.7 Prevence	20
<i>1.7.1 Cíle prevence podle věku</i>	<i>22</i>
2. Cíle práce a hypotézy	25

2.1 Cíl práce.....	26
2.2 Hypotézy	26
3. Metodika	27
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
4. Výsledky	29
5. Diskuze	43
6. Závěr.....	50
7. Seznam použitých zdrojů	52
8. Klíčová slova	56
9. Přílohy	57

Úvod

Bakalářskou práci na téma Prevence nedrogových závislostí jsem si vybrala z toho důvodu, že nedrogové závislosti jsou stále podceňovaným tématem a přitom se jedná o závažný sociálně patologický jev současnosti. Považuji za důležité tomuto tématu věnovat pozornost. Děti a mladiství jsou zárukou naší budoucnosti a proto se domnívám, že není na místě obracet se k této problematice zády.

Primární prevence vybraných společensky nežádoucích jevů je důležitým pojmem nejen na školách. Týká se celé společnosti. Počínaje rodinou, kamarády i vrstevníky. V neposlední řadě mají velký význam sdělovací prostředky - média, internet atd. Ty dokáží ovlivnit jak lidskou psychiku tak i chování jedince. Mohou se stát velkým nebezpečím pro člověka, který je nevyzrálý a snaží se někam zařadit, někým se stát. Čím dál tím více dětí a mladistvých podléhá drogám, účastní se ubližování a ztrácí zájem o vše ostatní a jsou nejraději, když jim je umožněno trávit čas u počítače, internetu nebo když mají možnost trávit čas hraním na výherních automatech.

Ráda bych touto prací zjistila, v jaké míře se tyto formy rizikového chování u dětí a mladistvých vyskytují. Existuje mnoho patologických závislostí, ale pro mou práci jsem si vybrala jen některé, tedy patologické hráčství/gamblerství, závislost na mobilním telefonu, virtuální závislost, poruchy příjmu potravy a závislost na sektě/náboženském hnutí.

Je potřeba si uvědomit, že i přes veškerou snahu odborníků se tyto patologické jevy budou vyskytovat dále a naše i budoucí generace bude stále ohrožena. Zůstává otázkou, jak tyto jevy omezit na co nejnížší míru. Částečné řešení bych viděla ve vzdělávání pedagogických pracovníků, jak budoucích, tak i stávajících o těchto jevech, dále bych viděla řešení v zapojení rodičů vychovávající děti do spolupráce se školou a zdůraznit potřeby a klady této spolupráce.

Mým cílem bylo především zmapovat zastoupení jednotlivých jevů rizikového chování v rámci primární prevence ve školách a školských zařízeních a zhodnotit efektivitu aplikované prevence v oblasti nedrogových závislostí.

1. Současný stav

1.1 Rizikové chování

Rizikovým chováním, dříve používán termín sociálně patologické jevy, rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Vzorci rizikového chování přitom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi. V posledních letech je stále patrnější výskyt rizikového chování ve společnosti, a to nejen v návaznosti na rozvoj informačních technologií, elektroniky, ale i v návaznosti na vyšší působení prostřednictvím reklamy a médií, kde je stále patrné vyšší pronikání dovedností z aplikované psychologie a sociologie a dalších věd (5, 34).

1.1.2 Závislost

Závislost lze spatřovat v různých úrovních. Jedná se o různé úrovně, na kterých lze závislost popisovat, kupříkladu úroveň osobní, rodinná, skupinová, místní, celostátní a mezinárodní. Závislost nelze oddělit od našeho života, vždy jsme na něčem do jisté míry závislí. Stejně jako naše emoce či potřeby, jsou závislosti trvale přítomny a mohou se kdykoli přihlásit do našeho vědomí. Závislosti existují nezávisle na životní úrovni, stupni vývoje společnosti, či její kultuře. Pocit a prožitek závislosti patří k naší existenci. Každý jedinec objevuje a vytváří si k něčemu vztah, závislost sobě odpovídající (27).

Patologickou závislostí je míněna každá i původně užitečná závislost, jejímž důsledkem je utrpení, fyzické i duševní, jedince a jeho sociálního okolí. Závislým se může jedinec stát na všem, co mu umožňuje zbavit se nepříjemných pocitů, potlačit je nebo před nimi uniknout (27).

1.1.3 Nedrogová závislost

Mechanismus účinku nedrogových závislostí je v řadě aspektů podobný, jako u závislostí drogových. Zpravidla přímo, resp. primárně nepoškozují tělo člověka v důsledku intoxikace. Zasahují jak oblast lidské psychiky, tak i oblast sociálních vztahů člověka. A stejně jako drogové závislosti mají i nedrogové závislosti v řadě případů na život člověka fatální dopad (27).

Projevy nedrogové závislosti

Závislost znamená celkovou ztrátu svobody a kontroly nad vlastním životem. Závislý člověk není schopen přiznat si pravdu. Je pohlcen sebeklamem, nevnímá realitu. Mechanismus nedrogových závislostí je v řadě aspektů podobný, jako u závislostí drogových, a to i v případě, že zpravidla přímo nepoškozují tělo člověka v důsledku intoxikace. Zasahují totiž jak oblast lidské psychiky, tak i oblast sociálních vztahů člověka. A stejně jako drogové závislosti mají v řadě případů fatální dopad (20, 27).

Snížená schopnost sebeovládání jedince ve vztahu k vyhledávání kontaktu s objektem závislosti a setrvání v tomto vztahu na úkor vztahů jiných. Jedincův vztah k předmětu závislosti postupně začíná organizovat život jedince. Vynechání kontaktu s předmětem závislosti může vést až k fyziologickým projevům. Neovládavé puzení k předmětu závislosti. Nutkavé myšlenky na předmět závislosti i v situacích, kdy vykonává jinou činnost. Neschopnost přerušit stav s předmětem závislosti. Negativní prožitky v situaci, kdy není možné vztah s předmětem závislosti (neklid, úzkost, podrážděnost, pocit beznaděje, deprese, strach...) (34).

1.1.4 Adolescence

Označuje určité období života člověka. Poprvé použito v 15. století. V českém jazyce se termín adolescence zaměňuje s označením dospívající či dorost a rovněž

s širším označením mládež. Adolescence časově vyplňuje především druhé desetiletí života a konkrétní časové vymezení se u jednotlivých autorů velmi různí. Obvykle se ake ohraničuje časovým intervalem od 15 do 20 let. Trvalou charakteristikou adolescence zůstává, že je most mezi dětstvím a dospělostí **(18)**.

1.1.5 Rizika dospívání

Dospívání je období velkých změn a může představovat určitá rizika. Různé aspekty a nepříznivé okolnosti se mohou podílet na vzniku společensky nežádoucích jevů. Je velice důležité, aby odborník pracující s mládeží dokázal posoudit, co je v tomto období nepřiměřené a co souvisí s daným obdobím. Ze závislého jedince se stává jedinec téměř samostatný a začíná přebírat plnou zodpovědnost sám za sebe. Díky častým citovým konfliktům a emoční nestabilitě je toto období označováno za období bouří a krizí **(16, 17)**.

1.1.6 Instituce a služby zabývající se rizikovou mládeží v České Republice

Soustava státních orgánů zabývajících se rizikovou mládeží vznikla před rokem 1989 a bez zásadních změn přežila do současnosti **(22)**.

Kurátor pro mládež je státní úředník, který má za úkol zabývat se dětmi z nefunkčních rodin, dětmi zanedbávajícími školní docházku, utíkajícími z domova, dětmi, které vedou zahálčivý život apod. Povinností kurátora je sledovat, jak tyto děti využívají volný čas, s kým se stýkají, sledovat projevy nesnášenlivosti a násilí. Má jim nabízet kvalitní volnočasové programy, spolupracovat se školami a dalšími subjekty, chránit před nepříznivými vlivy děti dosud nezasažené a věnovat zvláštní pozornost dětem z rodin s nízkou sociální úrovní. Kromě toho se účastní trestních řízení vedených proti mladistvým a spolupracuje s věznicemi při řešení sociálních problémů mladistvých **(22)**.

Diagnostické a výchovné ústavy jsou zařízení pro děti a mladistvé s nařízenou ústavní výchovou. Jedná se o případy, kdy selhává rodina, projevují se známky sociálního selhávání dítěte či děti, které spáchaly čin a vzhledem k jejich

věku je nelze potrestat jinak, nebo mladistvý spáchali čin, na nějž reagoval svým rozhodnutím soud (22).

Po roce 1990 zřídil stát síť středisek výchovné péče, které nabízejí ambulantní programy pro rizikovou mládež a rodiny těchto mladých lidí. Několik středisek má i pobytová oddělení, kde pobyty trvají 6-8 týdnů. Většina středisek vznikla při diagnostických ústavech (22).

V základních a středních školách i v učilištích byly zřízeny funkce výchovného poradce a školního metodika prevence, které vykonává jeden z učitelů navíc ke svým standardním pedagogickým povinnostem (22).

Magistrátní a městské úřady jsou zřizovateli domů dětí a mládeže, které této cílové skupině nabízejí možnost trávit volný čas různými kulturními, sportovními a vzdělávacími aktivitami. Nestátní organizace rozvinuly programy pro ohrožené děti a rizikovou mládež. Tato zařízení mají obvykle podobu nízkoprahových klubů (22).

1.2 Patologické hráčství, gamblerství

Porucha spočívá v častých, stále se opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě dotyčného na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Člověk trpící touto poruchou, díky ní často riskuje své zaměstnání, zadluhuje se, lže nebo porušuje zákon (21, 27).

1.2.1 Patologické hráčství podle Světové zdravotnické organizace (MKN-10)

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, platná v ČR od roku 1992, uvádí pro stanovení diagnózy F63.0 Patologické hráčství, tato diagnostická vodítka: „*Podstatné rysy: trvale se opakující hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá přes nepříznivé sociální důsledky, jako je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života*“ (27).

Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě a nebo více epizod hráčství. Epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se i přesto, že vyvolávají

tíseň a narušují každodenní život. Jedinec není schopen silou vůle hře odolat, je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí (26).

Hra – specifická výrazová forma chování a činnosti lidí různého věku, kterou zná lidstvo od nepaměti. Hra má celou řadu pozitivních stránek, slouží jako předpoklad a nástroj zdravého vývoje člověka, je formou využívání volného času. Hra o peníze má však řadu rizik a společnost k ní zaujímá většinou negativní postoj. Člověk, který propadl hráčské vášni, ztrácí kontrolu nad svým časem, penězi, ale především však sám na sebou (3).

Rizikové faktory patologického hráčství

Povahové rysy - tendence hledat vzrušení za každou cenu, věk - u dětí a mladistvích se závislost vytvoří rychleji, zaměstnání v blízkosti automatů - číšníci, kuchaři, povolání s velkými a nepravidelnými příjmy, práce s velkou finanční hotovostí, nezaměstnanost, těžká životní situace (21, 27).

Důsledky závislosti patologického hráčství

Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat ztrátu zaměstnání, zadlužit se a lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Dále hrozí rozpad rodiny a zdravotní problémy: u dětí se zvyšuje riziko vzniku epilepsie (21, 24).

1.2.2 Vznik patologického hráčství

- 1) fáze výher - občasná hra, častější výhry, objevují se první fantazie o velké výhře, vzrušení před hrou a během ní, nepřiměřeně optimistická nálada hráče, vytahuje se o výhře, bezohlednost vůči rodině
- 2) fáze prohrávání - vlastní chorobné hráčství, legální půjčování peněz, bezohlednost vůči rodině, pracovní problémy: nedodrжуje pracovní dobu,

rodinné problémy: hráč je podrážděný, neklidný, uzavírá se do sebe, zanedbávání zdraví, obstarávání peněz nezákonným způsobem

- 3) fáze zoufalství - poškození pověsti, odcizení od rodiny a přátel, ztráta zaměstnání, pocity beznaděje, deprese, výčitky svědomí, stav paniky, suicidální tendence (21, 27).

1.2.3 Patologické hráčství u dětí a mladistvých

Riziko vzniku závislosti je nejvyšší u dětí a dospívajících, u nichž se obecně jakákoliv závislost vytváří rychleji. Obvykle stačí několik týdnů až měsíců. Zvýšené riziko patří pro ty, kteří nejsou schopni odložit uspokojení svých potřeb. Nezralí a nejistí adolescenti mají silnější tendenci ke zkratkovým a rizikovým reakcím (27, 32).

1.3 Závislost na mobilním telefonu

Vztah k mobilu se různí od uživatele k uživateli. Pro někoho je mobil nutností, pro někoho součástí běžné výbavy, pro jiného pomůcka, nebo také zátěž či obtížný předmět. Někteří lidé začínají považovat svůj mobilní telefon za lidskou bytost, protože pro ně symbolizuje kontakt, přátelství a pozornost. Je důležité si jako jedinec uvědomovat, co pro člověka znamená potřeba být kdykoliv k zastižení. Projevuje se stejně jak ostatní závislosti, a to vtíravými myšlenkami s tendencemi kontrolovat mobil, zda je funkční, vypnutý (6, 27, 34).

Projevy závislosti na mobilním telefonu

Vtíravé myšlenky o mobilním telefonu, tendence kontrolovat display, tendence přerušovat činnost, pocit izolovanosti a prázdnoty bez volání či kontaktu, neschopnost mobil vypnout, nutný přehled o aktuálních nabídkách, službách. Uživatelé mobilů, kteří se ocitnou bez signálu či bez telefonu, často pociťují stres a neklid, pocení a žaludeční nevolnost (6, 34).

Důsledky závislosti na mobilním telefonu

Mobilní telefony mají tu nevýhodu, že při telefonování vyzařují elektromagnetické vlny, které mohou kromě nespavosti, změn nálady, depresí a únavy způsobovat migrény a srdeční choroby. Mezi další důsledky patří nervozita, úzkostné poruchy, snížená schopnost soustředění, nezodpovědné jednání a ztráta sociálních dovedností, narušení sociálních kontaktů, změny v chování (v rodině, v zaměstnání), únik z tíživé společenské situace (6, 28).

1.3.1 Rizika závislosti na mobilních telefonech u dětí a mladistvých

Jestliže rodiče nemají čas věnovat se svým dětem, pořídí jim mobilní telefon. Výchova po telefonu ale nemůže nahradit rodičovskou péči. V 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. Mobilní telefon je možnost, jak uniknout z tíživé situace. Například v případě společenské situace, kdy se má jedinec zapojit do společnosti, ale místo snahy o zapojení někomu zavolá nebo píše zprávy. 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 udržování běžných kontaktů, kdy místo toho, aby se dva lidé sešli, tak si zavolají (27).

1.4 Virtuální závislosti

1.4.1 Závislost na počítačích a počítačových hrách

Rozlišit hranici mezi koníčkem, zvýšeným užíváním a závislostí je obtížné, už i proto, že na počítači nevzniká závislost fyzická, ale psychická. Závislost na počítačových hrách je často podceňována. Málokdo ji považuje za skutečný problém, včetně těch, kteří jí sami propadli. Tato závislost je plíživá a pomalá a bohužel může mít dopady na život jedince. Ztráta nadhledu nad činností s osobním počítačem je hlavním příznakem (28,34).

Příznaky závislosti na počítačích a počítačových hrách

Stavy podobné transu při hraní hry, vzpírání se rodičovským zákazům hraní, neschopnost dodržovat časový limit určený pro tuto činnost, méně vykonané práce, pocit prázdnoty když není člověk u počítače, brzké vstávání k počítači nebo ponocování u počítače, narušené vztahy s rodinou, lhaní o své závislosti, kradení peněz na nákup her, zanedbávání učení, opouštění dřívějších zájmů a přátel, zhoršující se školní výsledky (28).

1.4.2 Závislost na internetu/netomanie

Závislost na internetu je závislostí primárně psychickou nikoli fyziologickou. Je přítomna ztráta sebeovládání, touha po takovém chování, které směřuje k prožívání, které dotyčný člověk vnímá jako příjemné. Potíže, které s netomanií souvisí, lze rozdělit na potíže fyzické, psychické a sociální. V celku lze jmenovat průběžné poškozování krční páteře, špatné držení těla, které zhoršuje funkci krevního oběhu, dále pak průběžné poškozování očí. Oblast psychických obtíží souvisí s celkovým přetěžováním. Člověk se obtížněji soustřeďuje, tedy klesá kvalita jeho pozornosti. Počítač se stává pro mnoho lidí náhražkou vzájemné interakce a komunikace (27).

1.4.3 Virtuální závislosti u dětí a mladistvých

Rozvoj techniky s sebou přináší nové možnosti, ale zároveň také nová nebezpečí. Děti a dospívající tráví stále více času u počítače. Vysedávání u počítačových her spojují odborníci s velkými riziky pro zdraví našich dětí. Upozorňují především na nezdravý životní styl. Téměř 40 % českých dětí ve věku 11 až 15 let má vadné držení těla. České děti se věnují tělesnému cvičení a sportu v průměru čtyři hodiny týdně, kdežto sledování televize a hraní počítačových her jim zabere asi 14 hodin týdně. S růstem "obrazovkového času" rostou také nesprávné jídelní návyky. Děti jdou z extrému do extrému. Buď při své zaujatosti hrou jídlo úplně vynechají nebo k počítači a televizi berou hromadu jídla, většinou nezdravého. To platí zejména u dětí v pubertálním věku. Odborníci zjistili, že po hraní závodivé hry měly experimentální osoby tendenci více riskovat, než při hraní neutrální hry. Riziko úrazů zvyšují poruchy

rovnováhy, které se objevují po skončení her obsahujících např. simulovanou jízdu autem. Dlouhé hodiny hraní počítačových her a videoher zatěžuje nemalým způsobem zrak. Nové on-line hry jsou násilnější, krvavější, složitější a graficky propracovanější. Není divu, že pak mohou souviset s emočními poruchami, nutkavým myšlením i násilným chováním. Více než 85 % videoher obsahuje nějakou formu násilí a přibližně polovina z nich násilné chování závažného charakteru. Děti "závislé" na počítačových hrách mají odlišné způsoby, jak zvládat negativní emoce a zhoršenou schopnost soustředění na školní povinnosti (7).

1.5 Poruchy příjmu potravy

Jde o okruh onemocnění, kam patří mentální anorexie, bulimie a také záchvatovité přejídání. U poruch příjmu potravy jsou typické obavy z tloušťky, manipulace s jídlem, sloužící ke snížení hmotnosti a zkreslené vnímání vlastního těla. Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky, nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava (20, 29).

1.5.1 Mentální anorexie

Jedná se o poruchu charakterizovanou zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Mentální anorexie se vyskytuje častěji než mentální bulimie u dívek mladších patnácti let. Nemoc nastupuje nejčastěji v pubertě a adolescenci a postihuje v 95% dívky. Diagnostická kritéria 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se snaží zahrnout i dětský věk, avšak jejich zhodnocení je nutné přizpůsobit vývojovému hledisku. Nízkou hmotnost si nemocný způsobuje sám - odmítáním jídla, cvičením, zvracením či užíváním projímadel. Nechtějí jíst, přestože mají na jídlo chuť. Omezování se v jídle je obvykle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo a někdy i zvýšenou nebo změněnou chutí, například na sladké (11, 15, 19, 29).

Příznaky mentální anorexie

Odmítání udržovat svou tělesnou hmotnost na minimální váze nebo nad minimální váhou vzhledem k věku a výšce, přetrvává strach z tloušťky navzdory

podváze, popírání tělesné podváhy, narušené vnímání svého těla, tělesná hmotnost či stavba těla má nepatřičný vliv na sebevědomí dívek a žen a nepřítomnost nejméně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů **(15, 29)**.

Kritéria mentální anorexie pro dětský věk

Úmyslný úbytek tělesné hmotnosti, nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy, chorobné zabývání se hmotností nebo postavou. Děti trpící mentální anorexií se zabývají hmotností podobným způsobem jako starší adolescenti. Extrémní zaujetí energetickým příjmem bývá u dětí nápadné v tom, že se stávají experty na potraviny a mívají sešity s propočítanými hodnotami a rozepsanými dietami. Strach z přibírání je běžný, ale v dětském věku může být popírán. Zvracení, které je volně vyvoláváno, je součástí způsobů, jak udržet nízkou hmotnost v případě, že dítě jí. Cvičení u dětí zabírá někdy až několik hodin denně, a je-li dítě ve cvičení omezováno, cvičí tajně. Zneužívání laxancií bývá pozorováno spíše u starších pacientů **(11)**.

1.5.2 Mentální bulimie

Jde o poruchu charakterizovanou zejména opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Nemoc postihuje především dívky a ženy ve věku dospívání. Typickým věkem počátku mentální bulimie je 17 - 18 let. V dětském věku se vyskytuje zřídka. Mentální bulimie se často objevuje po epizodě mentální anorexie **(12, 15, 30)**.

Příznaky mentální bulimie

Opakované epizody přejídání, neustálé zabývání se jídlem, silná a neodolatelná touha po jídle, snaha zmírnit vliv jídla na váhu zvracením, přechodnými hladovkami či projímadly, chorobný strach z tloušťky, nízké sebevědomí, přehnaně závislé na vzhledu a hmotnosti **(15, 19, 30)**.

1.5.3 Záchvatovité přejídání

Nemoc postihuje obě pohlaví a může se rozvinout v podstatě v jakémkoliv věku. Častou příčinou bývá nevyvážené stravování, které může být způsobeno také různými redukčními dietami. Častým důsledkem bývá přibírání na váze, deprese, nespokojenost se sebou **(31)**.

Příznaky záchvatového přejídání

Nevyvážené stravování, po "záchvatu" konzumace potravy přichází fyzicky nepříjemné pocity z přejedení, obvykle ale nedochází ke zvracení, člověk jí mnohem rychleji, než je obvyklé, dokud se necítí nepříjemně plný, s nárůstem hmotnosti roste i nespokojenost se sebou a snaha se nejrůznějším způsobem omezovat v jídle, porucha se častěji rozvíjí jako reakce na stres, citové strádání či depresivní nálady **(15, 31)**.

1.5.4 Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy

Zdravotní komplikace souvisejí především s úbytkem hmotnosti a s nedostatečně vyváženou stravou. Jsou také důsledkem zvracení a nadužíváním laxativ nebo diuretik. Se zmenšením žaludku jsou spojeny pocity nevolnosti a přejedení při návratu k normálnímu jídlu. Kromě úbytku hmotnosti, únavnosti, zhoršení kvality pleti, vypadávání vlasů, oslabení krevního oběhu, srdečních obtíží a osteoporózy dochází v důsledku nedostatku živin k poškození jater a oslabení obranyschopnosti organismu. U velmi podvyživených pacientek se jako ochranné mechanismy, vyvolané stavem závažného stresu, objevuje infertilita (neschopnost otěhotnět), zvýšení hladiny kortizolu a růstového hormonu. Poruchy příjmu potravy významným způsobem narušují psychickou pohodu, osobní i společenský život nemocného **(15, 19)**.

1.6 Závislost na sektě

Sekta (latinsky *seca*) původně neznamenal nic jiného než „učení“, „směr“, „škola“, „příkaz“. V současnosti se tímto pojmem rozumí zejména světonázorové skupiny pochybné pověsti. Sekta označuje náboženskou menšinu, která je společenskou většinou viděna jako deviantní. Existuje celá řada sekt. Vedle tradičních, tzv. náboženských sekt, existuje celá řada sekt jiných. Jedná se o politické, resp. ideologické a obchodní sekty. Jsou často mnohdy daleko nebezpečnější než sekty náboženské. V literatuře se o nich ale píše daleko méně. Sekty a velké církve, které mají ústavně zaručenou náboženskou svobodu, vykazují některé společné charakteristiky. Uctívání proroků, spasitele nebo vykupitele, vymezení přísných pravidel, mají své rituály, zvyky a přikázání, vytváření si nepřátelského obrazu nevěřícího člověka, uctívání náboženských dogmat, snaha šířit svou víru. Sekty potlačují a zneužívají životně důležité potřeby člověka. Vyžadují od svých stoupenců nekritickou poslušnost, přejímání postojů, vzdávání se svých rolí na úkor přijetí role člena sekty. Představují sociální skupiny, které brání osobnostnímu rozvoji svých členů, udržují je vědomě v nevědomosti, vystavují sociálnímu bezpráví, pocitům strachu a ohrožení (4, 25, 27).

Vývoj závislosti na sektě

Vytipování vhodných adeptů sekty a počáteční práce s nimi vedoucí k jejich okouzlení, destrukce osobních jistot, „osvícení“, vytvoření nové identity, vlastní vstup do sekty (27).

1.6.1 Vliv náboženských skupin na děti a mládež

Mnohé náboženské skupiny ovlivňují soukromý život svých členů a vztahy s lidmi. Udržení pevných vazeb v rámci rodiny překáží vytvoření prioritního vztahu k sektě. Do života svých členů zasahují např. omezením svobodné volby manželského partnera. Tento člověk musí přijmout jejich učení, jinak není považován

za přijatelného. Každá sociální organizace totalitního typu má tendenci ovlivňovat plodnost svých členů a zasahovat do výchovy další generace. Jde o izolaci od individuálních vlivů rodičů i od působení okolního prostředí. Důraz je kladen na výchovu v duchu učení sekty a na podporu loajality ke skupině, resp. Vůdci. Učení skupiny poskytuje zdůvodnění takového chování, dokonce i tehdy, když vede k poškození dětí. Výchova je typická silnou kontrolou zaměřenou na omezení všech projevů individuality a na podpory žádoucích uniformních projevů **(32)**.

1.7 Prevence

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje prevenci jako soubor intervencí s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog **(10)**.

WHO rozlišuje tři druhy prevence:

- primární prevence
- sekundární prevence
- terciální prevence **(10)**

Primární prevencí rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se sociálně patologickými jevy, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření **(20)**.

Principem strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školství, je výchova žáků ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a zachování integrity osobnosti **(23)**.

Efektivní primární prevence je odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytovaných služeb, splňující zásady efektivní primární prevence a umožňující dosáhnout maximální kvality a efektivity preventivního působení, s cílem předcházet problémům a následkům souvisejících se vznikem závislosti a dalších souvisejících problémů. Jedná se především o programy pomáhající čelit žákům sociálnímu tlaku, zaměřené na zkvalitnění komunikace, nenásilné zvládání konfliktů, odmítání

návykových látek, zvyšování zdravého sebevědomí, zvládnání úzkosti a stresu apod. **(10, 23)**.

Specifickou primární prevencí se rozumí takové aktivity a služby, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj. Pomocí specifických preventivních programů je třeba předcházet nebo omezovat výskyt společensky nežádoucího chování. Jedná se o všeobecnou prevenci, zaměřenou na širší populaci, aniž by byl dříve zjišťován rozsah problému nebo rizika, dále se jedná o selektivní prevenci, která je zaměřena na žáky, u nichž lze předpokládat zvýšenou hrozbu rizikového chování a indikovanou prevenci, zaměřenou na jednotlivce a skupiny, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky **(10, 20, 23)**.

Nespecifickou primární prevencí se rozumí aktivity podporující zdravý životní styl, umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Programy nespecifické prevence (např. různé volnočasové aktivity) by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistovaly sociálně patologické jevy **(10, 20)**.

Neúčinnou primární prevencí se rozumí pouhé předávání informací, samostatně realizované jednorázové akce, potlačování diskuse, zastrašování, citové apely. Hromadné aktivity nebo promítání filmu by měly být pouze doplňkem, na který by měl navazovat rozhovor v malých skupinkách **(23)**.

Rodina a škola

Rodiče musí převzít aktivní roli, povzbuzovat a podporovat své děti v učení, učitelé nemohou zlepšit školní prospěch bez pomoci rodičů. Je známou skutečností, že děti, které jsou nejvíce motivované pro učení, mají nejmotivovanější rodiče. To není možné dokud škola není otevřena rodině jako hnacímu stroji vzdělání **(8)**.

1.7.1 Cíle prevence podle věku

Předškolní věk (3-6 let): Cílem primární prevence v tomto věku je zakotvit zdraví jako důležitou životní hodnotu, kterou je třeba chránit. Uvědomovat si možná nebezpečí a možnosti, jak se těmto nebezpečím vyhýbat. Součástí primární prevence v předškolním věku je podpora vytváření zdravých sociálních vztahů mimo rodinu. Z tohoto důvodu programy pro tuto věkovou skupinu spadají především do oblasti nespécifické primární prevence.

Mladší školní věk (6-12 let) Cílem primární prevence v mladším školním věku je prohlubovat dovednosti, jak chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti.

Starší školní věk (12-15 let) Cílem primární prevence v tomto věku je rozvoj sociálních dovedností především v navazování zdravých vztahů mimo rodinu, v schopnosti čelit sociálnímu tlaku, dovednosti rozhodovat se, efektivně řešit konflikty apod.

Mládež (15-18 let) Cílem primární prevence v tomto věku je nabízet pozitivní alternativy trávení volného času, seznámit s možnostmi řešení obtížných situací včetně možností, kam se obrátit v případě problému (9).

Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních

Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních v souladu s § 29 odst. 1 a § 30 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, § 18 písm. c) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, Národní strategií protidrogové politiky, Koncepcí státní politiky pro oblast dětí a mládeže, Strategií prevence kriminality a Strategií prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy:

- a) vymezuje terminologii a začlenění prevence do školního vzdělávacího programu,
- b) popisuje jednotlivé instituce v systému prevence a úlohu pedagogického pracovníka,
- c) definuje Minimální preventivní program,
- d) doporučuje postupy škol a školských zařízení při výskytu vybraných rizikových forem chování dětí a mládeže **(23)**.

Minimální preventivní program - konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností a jejich osobnostní a sociální rozvoj. Minimální preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy a zapojení celého pedagogického sboru školy. Minimální preventivní program je zpracováván na jeden školní rok školním metodikem prevence, podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy **(23)**.

Začlenění primární prevence sociálně patologických jevů u žáků do školních vzdělávacích programů

Do školního vzdělávacího programu vydaného ředitelem školy je začleněna problematika prevence sociálně patologických jevů u dětí. V případě není-li vydán rámcový vzdělávací program je tato problematika začleněna do osnov takovým způsobem, aby se prevence sociálně patologických jevů u žáků stala přirozenou součástí školních osnov a výuky a nebyla pojmána jako nadstandardní aktivita škol **(23)**.

Školní preventivní strategie/školní preventivní program je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení. Vychází z omezených časových, personálních a finančních investic, se zaměřením na nejvyšší efektivitu, jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle, přizpůsobuje se kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy, dále se přizpůsobuje specifické populaci jak v rámci

školy, tak v jejím okolí, respektuje rozdíly ve školním prostředí, oddaluje, brání nebo snižuje výskyt sociálně patologických jevů, zvyšuje schopnost žáků a studentů činit zodpovědná rozhodnutí, má dlouhotrvající výsledky, pomáhá zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin při ochraně jejich lidských práv, podporuje zdravý životní styl, poskytuje podněty ke zpracování Minimálního preventivního programu (23).

System organizace a řízení primární prevence sociálně patologických jevů u žáků

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má na starost v návaznosti na schválené vládní dokumenty z oblasti primární prevence sociálně patologických jevů u žáků zpracovávat příslušný koncepční materiál resortu na dané období. Dále MPSV každoročně vyčleňuje resortní finanční prostředky na primární prevenci, koordinuje činnost organizací v oblasti primární prevence a efektivně využívá jejich odborného potenciálu v oblasti vzdělávací, metodické, v oblasti kontrolní využívá odborný potenciál České školní inspekce, metodicky vede krajské školské koordinátory prevence (23).

Krajský úřad koordinuje činnosti jednotlivých institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy na krajské úrovni a dále zajišťuje naplňování úkolů a záměrů obsažených ve Strategii prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy. Má za úkol vytvářet podmínky pro realizaci Minimálních preventivních programů ve školách svého regionu a kontroluje jejich plnění (23).

Krajský školský koordinátor prevence spolupracuje s krajským protidrogovým koordinátorem a koordinátorem prevence kriminality. Spolu s nimi a s dalšími subjekty se aktivně účastní na vytváření a zdokonalování krajské koncepce prevence na příslušné období, prosazuje přitom naplňování úkolů a záměrů obsažených ve Strategii MŠMT (23).

Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně zajišťuje specifickou prevenci sociálně patologických jevů a realizaci preventivních opatření v oblasti územní

působnosti vymezené krajským úřadem. Zajišťuje metodickou podporu školních metodiků prevence, organizuje pro ně pravidelné pracovní porady a poskytuje jim individuální odborné konzultace. Spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence při vypracovávání podkladů pro výroční zprávy, či jiná hodnocení a při stanovování priorit v koncepci preventivní práce ve školství na úrovni kraje **(23)**.

Ředitel školy vytváří podmínky pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů, především zabezpečením poskytování poradenských služeb ve škole se zaměřením na primární prevenci sociálně patologických jevů a řešením problémů souvisejících s výskytem sociálně patologických jevů ve škole **(23)**.

Třídní učitel ve vztahu k primární prevenci spolupracuje se školním metodikem prevence na zachycování varovných signálů, podílí se na realizaci Minimálního preventivního programu a na pedagogické diagnostice vztahů ve třídě **(23)**.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat zastoupení jednotlivých jevů rizikového chování v rámci primární prevence ve školách a školských zařízeních a zhodnotit efektivitu aplikované prevence v oblasti nedrogových závislostí.

2.2 Hypotézy

H1) Problematika virtuálních závislostí je nedostatečně zastoupena v primární prevenci oproti prevenci drogových závislostí.

H2) Primární prevence nedrogových závislostí je ve školách a školských zařízeních neefektivní.

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Sběr dat pro můj výzkum proběhl kvantitativní metodou formou dotazníku. Dotazníkem se v podstatě rozumí standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Celý scénář dotazníku a formulace jednotlivých otázek ovlivňuje určitým směrem dotazovaného a vytváří klima, které se promítá do jednotlivých odpovědí. Celková koncepce dotazníku by měla zahrnovat všechny podstatné problémy, na které v dotazníku hledáme odpověď, abychom nemuseli provádět nákladná a zbytečná došetřování. Dále by měla být taková, aby respondentu spíše přitahovala, než ho odpuzovala a měla by obsahovat otázky jasné, zřetelné, jednoznačné tak, aby dotazovaný měl možnost pravdivé odpovědi bez dlouhého rozmyšlení a bez obtíží (13).

Dotazník byl zcela anonymní a míru anonymity a důvěry respondentů měla posílit nepřítomnost učitele ve třídě při vyplňování dotazníků. Výzkum jsem prováděla ve 2. ročnících gymnázia, střední školy a středního odborného učiliště v Českých Budějovicích. Použitý dotazník obsahuje 23 polozavřených otázek. První dvě otázky byly takzvaně identifikační a měly za úkol zjistit pohlaví a věk respondentů. Následující otázky se již konkrétně dotýkaly jednotlivých forem rizikového chování. Otázky 3, 4, 5, 6 byly zaměřené na mobilní telefon. Otázky 7, 8, 9 byly zaměřené na počítač. Otázky 10, 11, 12 se věnovaly Poruchám příjmu potravy. Otázky 13, 14, 15 se zabývají Patologickým hráčstvím/gamblerstvím. Otázka 16 a 17 zjišťuje, zda respondenti znají nějaké sekty působící na území ČR a někoho ve svém okolí, kdo sektu vyznává. Poslední část dotazníku, otázky 18, 19, 20, 21, 22, 23, se věnovala prevenci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběrový soubor tvořilo 73 žáků tříd středních škol v Českých Budějovicích. Respondenty dotazníkového šetření tvoří 3 výzkumné soubory

- studenti gymnázia

- studenti střední školy
- studenti středního odborného učiliště

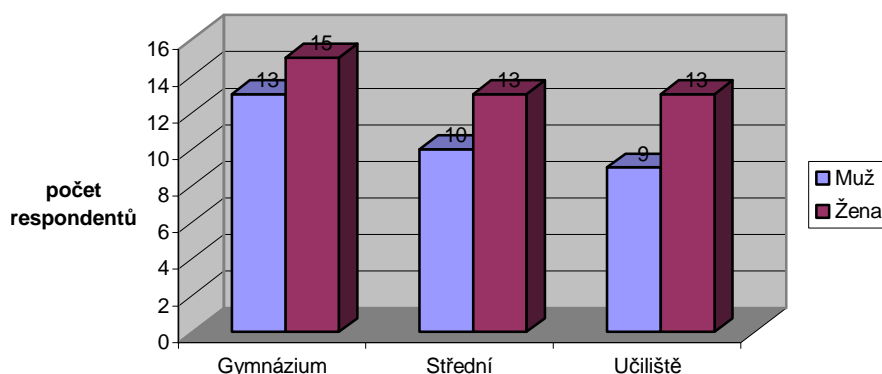
Vlastní šetření probíhalo od prosince 2009 do března 2010. Dotazníky byly rozdány na třech vybraných školách. Po osobní domluvě s řediteli škol, kteří mě odkázali na třídní učitele jsem si domluvila termíny rozdání dotazníků. Za účelem zvýšení validity a variability získaných dat a údajů byl vlastní sběr dat zajišťován přímo mnou a to bez přítomnosti blízké autority pro respondenty. Zdůraznila jsem anonymitu dotazníku a s prosbou, aby respondenti odpovídali pravdivě, měli možnost během celého průběhu vyplňování kladení otázek.

Celkem bylo rozdáno 73 dotazníků, z nichž 73 vyplněných dotazníků bylo vráceno pro zpracování, čili návratnost byla 100%. Výzkumný soubor byl tvořen na základě kvótního výběru, kdy kvótou bylo pohlaví respondenta, věk respondenta a typ studované školy. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

4. Výsledky

Vlastní sběr dat probíhal na gymnáziu, střední škole a středním odborném učilišti, přičemž vlastní sběr dat byl organizován tak, aby ve všech typech škol, bylo zajištěno stejné zastoupení pohlaví u vzorku a výsledky daného typu školy vždy byly považovány za 100% z důvodu vzájemné komparace získaných dat a údajů, protože počty respondentů se na jednotlivých typech škol rozcházeli.

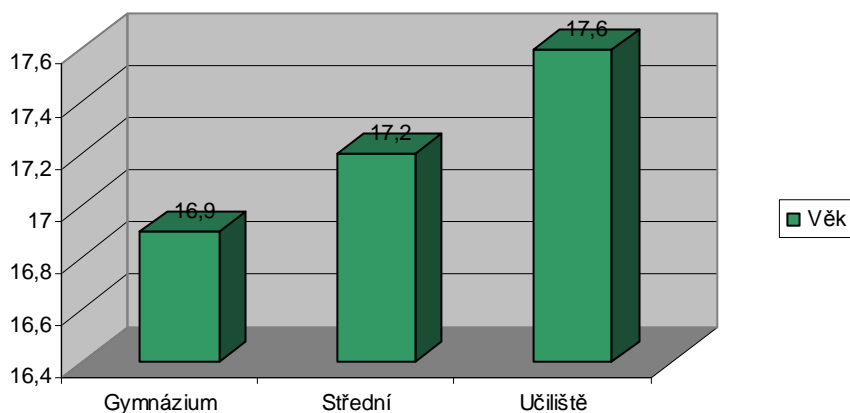
Graf 1: Zastoupení pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Podle grafu 1 je zřejmé, že výzkumu se zúčastnilo 41 dívek a 32 chlapců. Z gymnázia se výzkumu zúčastnilo 28 studentů, z toho 13 chlapců a 15 dívek. Ze střední školy 10 chlapců a 13 dívek a ze středního odborného učiliště 9 chlapců a 13 dívek.

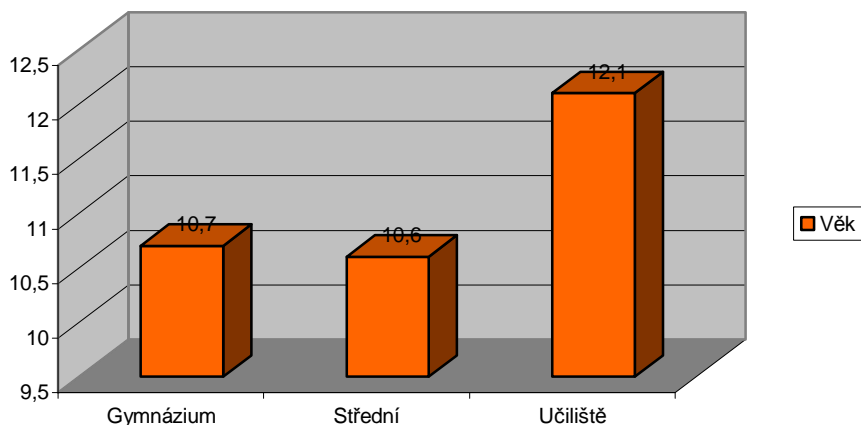
Graf 2: Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 představuje věk dotazovaných. Průměrný věk respondentů na gymnáziu je 16,9 let, na střední škole je průměrný věk 17,2 let a na středním odborném učilišti 17,6 let.

Graf 3: Věk vlastnění prvního mobilního telefonu



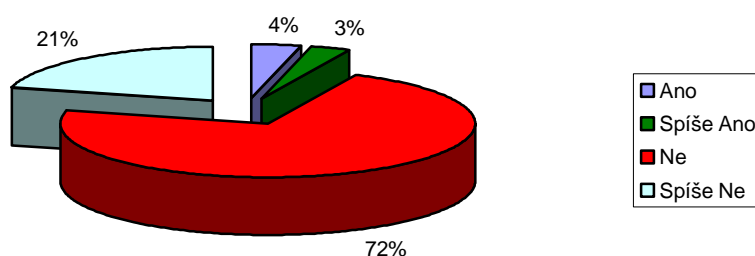
Zdroj: vlastní výzkum

100% respondentů odpovědělo, že vlastní mobilní telefon. Graf 3 znázorňuje průměrný věk vlastnění prvního mobilního telefonu. Na gymnáziu 10,7 let, na střední škole 10,6 a na učilišti 12,1 let.

V otázce číslo čtyři odpovídal respondent na otázku, zda nosí mobilní telefon neustále u sebe. 87% respondentů odpovědělo, že ano, to znamená, že mají mobilní telefon neustále u sebe. 13% dotazovaných odpovědělo, že u sebe telefon stále nenosí.

U otázky číslo pět měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak se cítí, když nemá mobilní telefon u sebe. Hodnota 1 značila pohodu a hodnota 10 nepříjemný pocit. V průměru vyšlo číslo 6. To znamená, že většina respondentů nemá dobrý pocit, když nemůže mít telefon u sebe.

Graf 4: Vypínání mobilního telefonu na noc

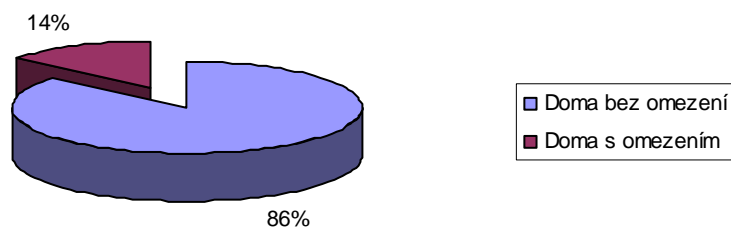


Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 4 vyplívá, že 72% respondentů nevypíná telefon na noc nikdy. 21% respondentů vypíná na noc telefon vždy. 4% respondentů spíše telefon vypíná a 3% dotazovaných ho na noc nechávají spíše zapnutý.

U otázky číslo sedm respondenti odpovídali na otázku, zda vlastní počítač? 100% respondentů odpovědělo, že počítač má.

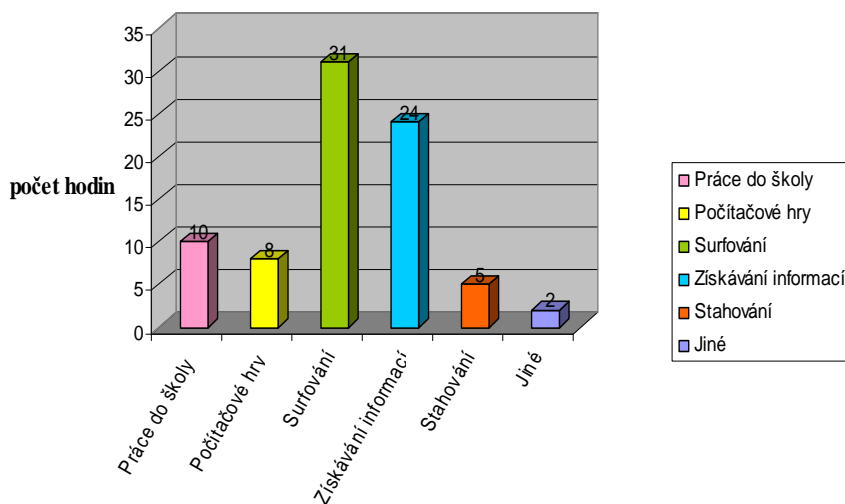
Graf 5: Možnost přístupu k počítači



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 5 vyplívá, že 86% respondentů má doma k počítači neomezený přístup a 14% dotazovaných má přístup omezený.

Graf 6: Čas strávený u počítače



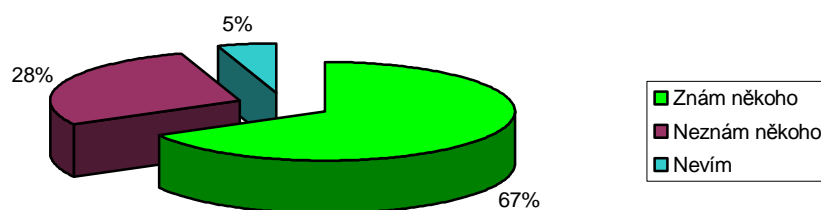
Zdroj: vlastní výzkum

Na celkovém čase stráveném na počítači má v průměru největší podíl surfování (icq, facebook), 31 hodin týdně. Dále je to 24 hodin v získávání informací na internetu, 10

hodin práce do školy, 8 hodin počítačové hry , 5 hodin stahování (filmů, písniček) a 2 hodiny jsou věnovány jiné činnosti, nejčastěji respondenti uváděli skládání vlastních programů.

Na otázku číslo deset měli respondenti vepsat, která onemocnění související s poruchami příjmu potravy znají. 100% respondentů napsalo mentální anorexie a mentální bulimie.

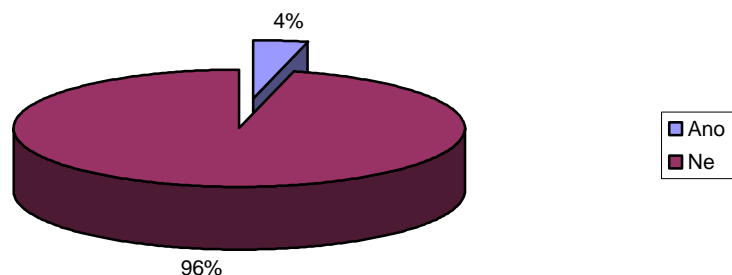
Graf 7: Výskyt osob v okolí respondenta trpící některou z forem poruch příjmu potravy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 ukazuje, že většina respondentů nikoho ve svém okolí kdo trpí poruchami příjmu potravy nezná, tedy 67%. 28% dotazovaných zná někoho ve svém okolí, kdo poruchami potravy trpí a 5% respondentů neví, jestli někoho zná. Podotázku této otázky o koho se jedná respondenti odpovídali takto. 34% respondentů odpovědělo, že se jednalo o kamaráda/ku, 38% respondentů odpovědělo, že jednalo o spolužáka/spolužačku a 27% o někoho z rodiny.

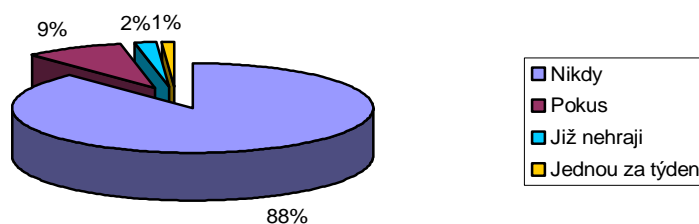
Graf 8: Vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 8 vyplívá, že 96% respondentů nemá vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy. 4% respondentů mají vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy, průměrný věk, který respondenti uvedli je 13 let. Jednalo se pouze o dívky, žádný z chlapců nevedl, že má vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy. Podotázkou této otázky bylo, o kterou nemoc spojenou s poruchami příjmu potravy se jednalo. 100% respondentů odpovědělo, že se jednalo o mentální anorexii nebo mentální bulimii.

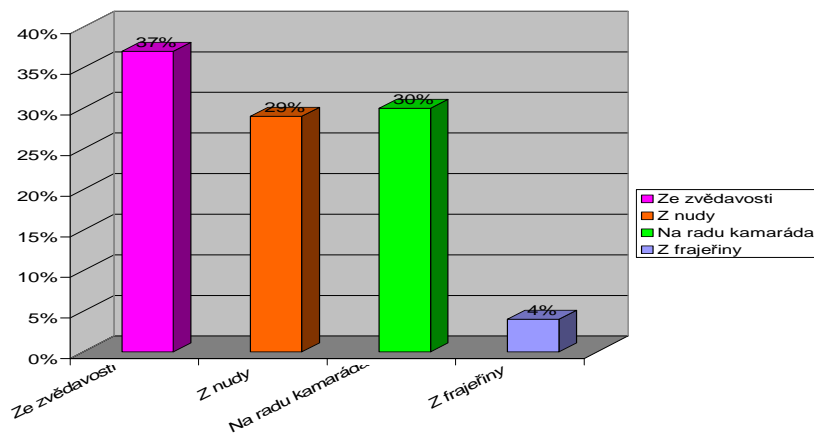
Graf 9: Hra na výherních automatech



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 ukazuje, že 88% respondentů hru na výherních automatech nikdy nezkusili. 9% respondentů zkusila hru jen jednou, 2% hrála opakovaně, ale již nehrají a 1% si jde zahrát jednou za týden.

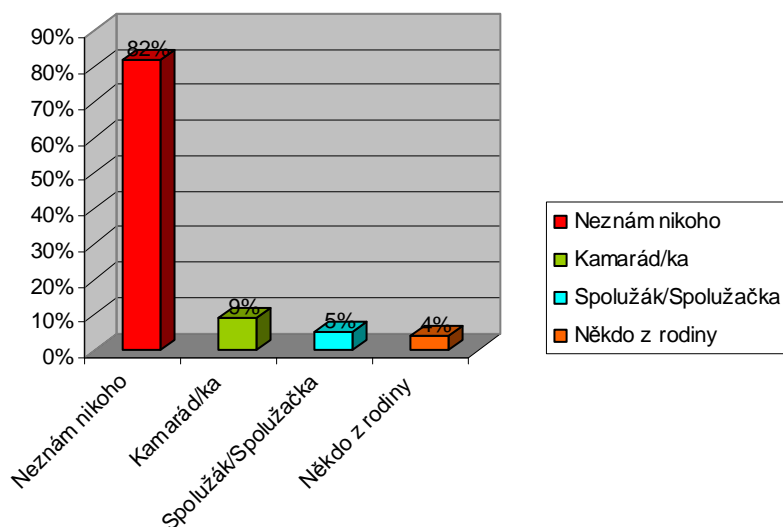
Graf 10: Důvod hraní na výherních automatech



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka číslo 14 navazuje na otázku číslo 13. Týká se pouze respondentů, kteří odpověděli v otázce číslo 13 ano. Graf 10 ukazuje z jakého důvodu respondenti hru na výherních automatech zkusili. 37% respondentů zkusili hraní na výherních automatech ze zvědavosti, 29% z nudy, 30% na radu kamaráda a 4% z frajeřiny.

Graf 11: Výskyt osob v okolí respondenta (Hra na výherním automatu)



Zdroj: vlastní výzkum

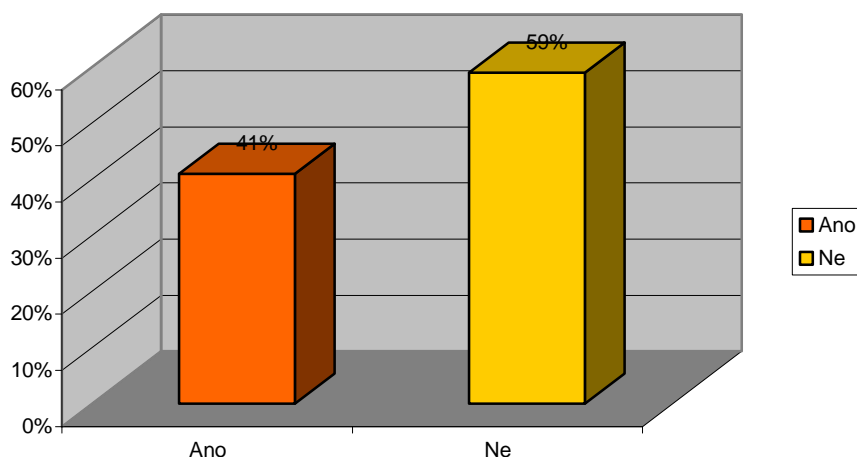
Z grafu 11 vyplívá, že 82% respondentů nikoho nezná, 9% respondentů odpovědělo, že znají kamaráda/ku, 5% spolužáka/spolužačku a 4% někoho z rodiny kdo hraje na výherním automatu.

Otázka číslo 16 zjišťuje zda respondenti znají nějaké sekty působící na území ČR?

69% respondentů zná nějakou sektu působící v ČR a to Svědky Jehovovi, 31% respondentů nezná žádnou sektu působící na území ČR.

Otázka číslo 17 zjišťuje, zda respondenti znají někoho ve svém okolí kdo vyznává sektu. 87% respondentů nikoho nezná a 13% dotazovaných zná někoho ve svém okolí, kdo sektu vyznává.

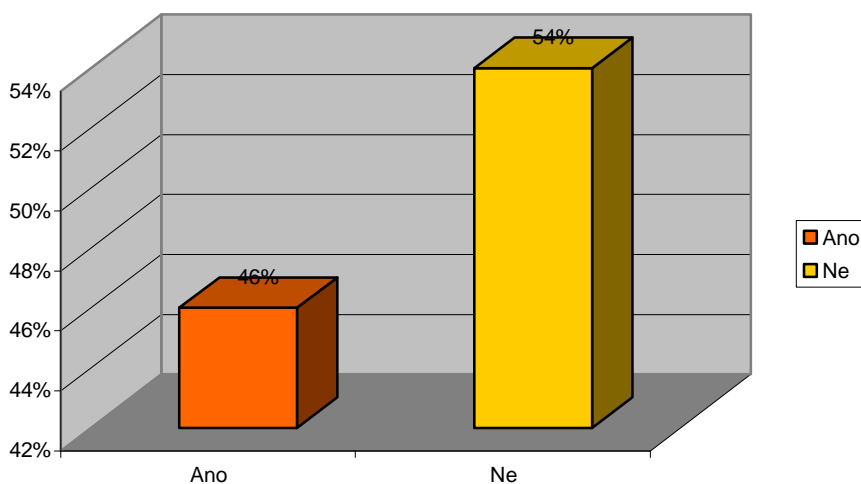
Graf 12: Preventivní aktivity na téma Patologické hráčství/gamblerství



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 12 je zřejmé, že 41% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s preventivní aktivitou na téma Patologické hráčství/gamblerství. 59% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 92% respondentů odpovědělo, že se jednalo o přednášku a 8% o diskusi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 5. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako navádějící.

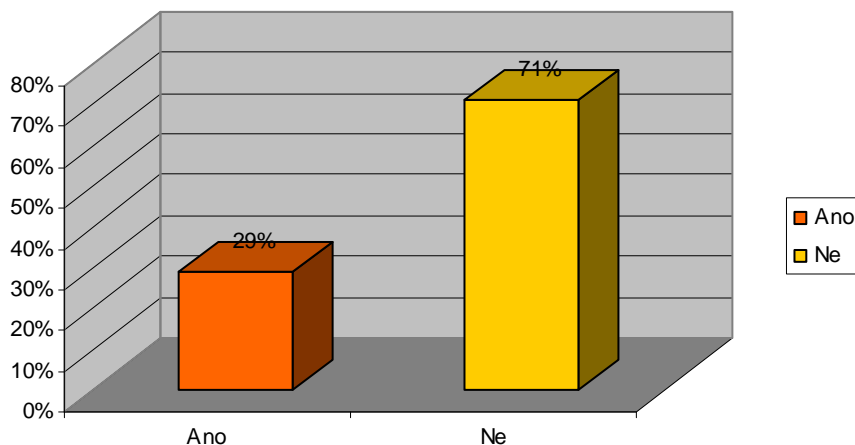
Graf 13: Preventivní aktivity na téma Poruchy příjmu potravy



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 13 je zřejmé, že 46% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s preventivní aktivitou na téma Poruchy příjmu potravy. 54% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 12 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 67% respondentů odpovědělo, že se jednalo o přednášku, 17% o video záznam a 16% o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 4. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující.

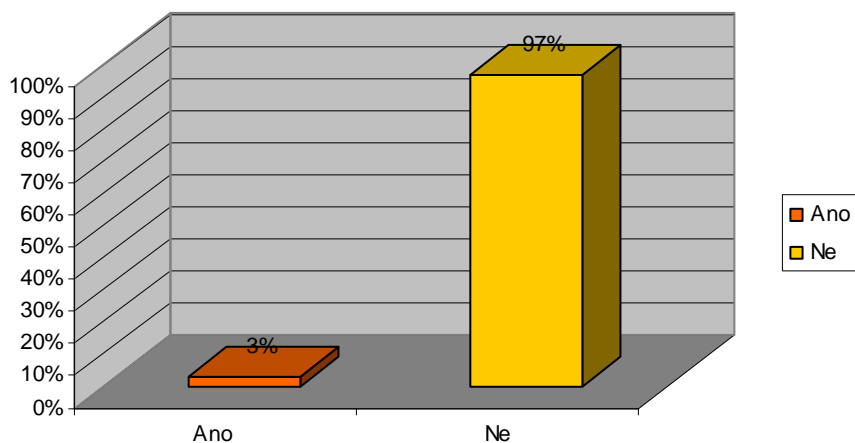
Graf 14: Preventivní aktivity na téma Sekty/náboženská hnutí



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 14 je zřejmé, že 29% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s preventivní aktivitou na téma Sekty/náboženská hnutí. 71% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita či beseda proběhla. 56% respondentů odpovědělo, že se jednalo o diskuzi, 32% o přednášku a 12% o video záznam. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 4. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující.

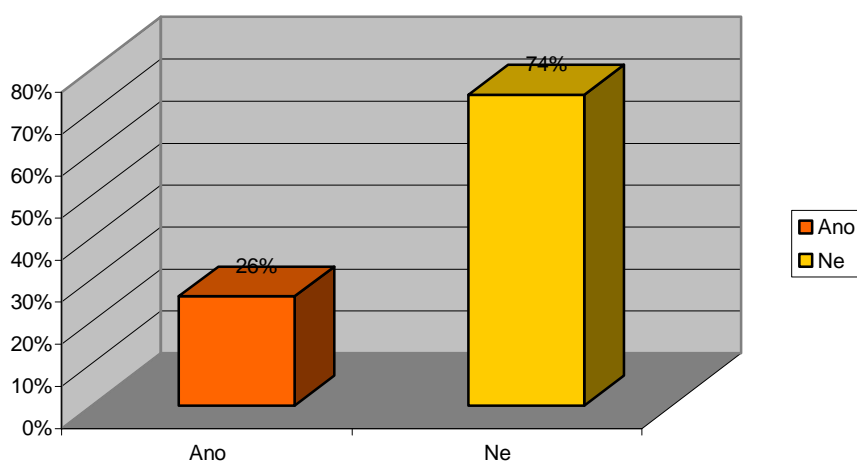
Graf 15: Preventivní aktivity na téma Závislost na mobilním telefonu



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 15 je zřejmé, že 3% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s preventivní aktivitou na téma Závislost na mobilním telefonu. 97% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 14 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem před preventivní aktivita proběhla. 100% respondentů odpovědělo, že se jednalo o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 4. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující.

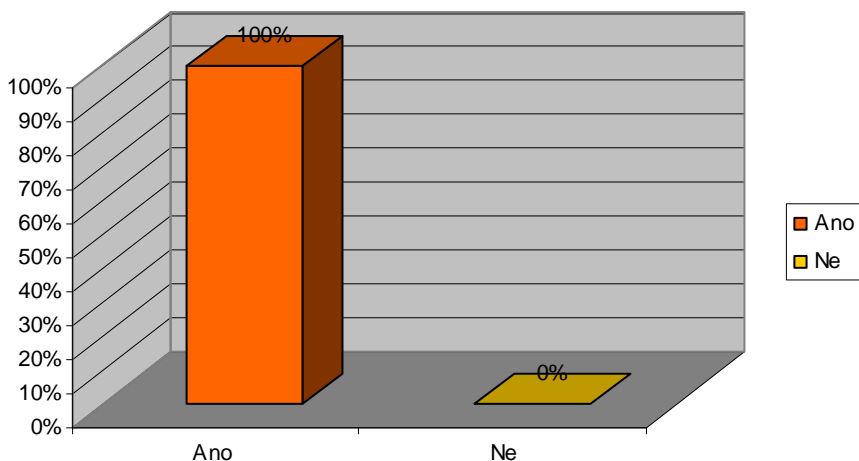
Graf 16: Preventivní aktivity na téma Závislost na počítačových hrách, internetu



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 16 je zřejmé, že 26% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s preventivní aktivitou na téma Závislost na počítačových hrách, internetu. 74% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesešlo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 73% respondentů odpovědělo, že se jednalo o diskuzi a 27% o přednášku. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 3. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující.

Graf 17: Preventivní aktivity na téma drog



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je zřejmé, že 100% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkala s preventivní aktivitou na téma drog. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 61% respondentů odpovědělo, že se jednalo o přednášku, 27% o video záznam a 22% o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak přednášku hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 6. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako navádějící.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat zastoupení jednotlivých jevů rizikového chování v rámci primární prevence ve školách a školských zařízeních a zhodnotit efektivitu aplikované prevence v oblasti nedrogových závislostí. Výsledky mého výzkumu jsou zachycené v grafech v praktické části této bakalářské práce. Zde porovnávám tyto data s výsledky jiných studií a autorů, které jsou uvedeny v teoretické části této práce. K vypracování jsem využila kvantitativní výzkum, aplikován metodou dotazování, formou anonymního dotazníku, který byl realizován na vzorku respondentů, kteří byly složeni ze zástupců gymnázia, střední školy a středního odborného učiliště. Takto získaná data byla stratifikována do tří výzkumných podsouborů, kdy soubor respondentů z daného typu školy byl vždy považován za 100% z důvodu jeho vzájemného porovnání. Dále bylo přihlíženo ke stejnému zastoupení respondentů dle pohlaví a věku.

První dvě otázky byly identifikační a měly za úkol zjistit pohlaví a věk respondentů. Výzkumu se účastnilo 73 respondentů. V zastoupení pohlaví se jednalo o 32 chlapců a 41 dívek (graf 1). Věk respondentů se pohybuje v rozmezí 16-19 let (graf 2).

Následující otázky se již konkrétně dotýkaly jednotlivých forem rizikového chování. Otázky 3, 4, 5, 6 byly zaměřené na mobilní telefon. 100% respondentů odpovědělo, že vlastní mobilní telefon. Průměrný věk vlastnění prvního mobilního telefonu je na gymnáziu 10,7 let, na střední škole 10,6 a na středním odborném učilišti 12,1 let (graf 3). Dle Váchy (2009), respondenti získali svůj první mobilní telefon ve věku 9,8 až 9,9 let. Mezi výsledky je drobný rozdíl v neprospěch mého výzkumu. Počet lidí, kteří vlastní mobilní telefon stále roste. Každý z nich má k tomuto přístroji jistý vztah. Někdo bere mobilní telefon jako nutné zlo, někdo jako součást běžné výbavy, pro dalšího může být zátěž či obtížný předmět. Kdekdo mluví o výhodách a možnostech při jeho vlastnění, málokdo se ale již zabývá oblastí nevýhod či negativních důsledků (33). V otázce 4 odpovídal respondent na to, zda nosí mobilní telefon neustále u sebe. 87% respondentů odpovědělo, že ano, to

znamená, že mají mobilní telefon neustále u sebe. 13% dotazovaných odpovědělo, že u sebe telefon stále nenosí. Myslím, že tato skutečnost poukazuje na to, jak lehce se lze stát na mobilním telefonu do jisté míry závislým. U otázky 5 měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak se cítí, když nemá mobilní telefon u sebe. Hodnota 1 značila subjektivní pohodu a hodnota 10 nepříjemný pocit. V průměru vyšlo číslo 6. To znamená, že většina respondentů nemá dobrý pocit, když nemůže mít telefon u sebe. Výsledky se téměř shodují s výzkumem Váchy (2009), kde bylo toto rizikové chování zkoumáno na škálové hodnotě subjektivní spokojenosti žáka při nemožnosti komunikovat mobilním telefonem. 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. Respondenti nejčastěji popsali své pocity mezi hodnotami 2,7-3. Výsledky se tedy od sebe významně neliší, oba výzkumy ukazují, že respondenti pociťují nepříjemný pocit, pokud nemají mobilní telefon u sebe. Další otázka se zabývala tím, zda respondenti na noc vypínají mobilní telefon. 72% respondentů nevypíná telefon na noc nikdy. 21% respondentů vypíná na noc telefon vždy. 4% respondentů spíše telefon vypíná a 3% dotazovaných ho na noc nechávají spíše zapnutý (graf 4). Toto zjištění nepotvrzuje výzkum Váchy (2009), kde má významné potíže při vypínání mobilního telefonu 40-54,3% respondentů. 21 století nás stále více obklopuje technikou využívající virtuálního prostředí a v mnoha ohledech lidské činnosti je nemožné bez PC techniky plnohodnotně fungovat. To má bezesporu dopad jak do populace seniorů, kteří již nezvládají moderní techniku, tak významným způsobem zasahuje mladou generaci, pro kterou je běžnou přirozeností využívání elektronického způsobu komunikace ať prostřednictvím PC či mobilních telefonů (33). V dnešní době je známou věcí to, že stále více dětí tráví svůj volný čas u počítače, především na internetu. Otázky 7, 8, 9 byly zaměřené na počítač. U otázky 7 respondenti odpovídali na otázku, zda vlastní počítač. 100% respondentů odpovědělo, že počítač má. 86% respondentů má doma k počítači neomezený přístup a 14% dotazovaných má přístup omezený (graf 5), v čemž se shodují s tvrzením Váchy (2009), že až na výjimky mají děti počítač doma a mohou jej libovolně

používat. To se projevuje na čase stráveném na počítači, kdy největší podíl podle mého výzkumu má surfování (icq, facebook), z celkového počtu respondentů je to 31 hodin týdně. Dále je to 24 hodin týdně v získávání informací na internetu, 10 hodin práce do školy, 8 hodin počítačové hry, 5 hodin stahování (filmů, písniček) a 2 hodiny jsou věnovány jiné činnosti, nejčastěji respondenti uváděli skládání vlastních programů (graf 6), což odpovídá výsledkům studie Váchy (2009), kdy pořadí způsobu využití počítače je následující: chatování/komunikaci, hledání informací a práce na internetu, hraní on-line her. Více než 85 % videoher obsahuje nějakou formu násilí a přibližně polovina z nich násilné chování závažného charakteru. Děti, které jsou na počítačových hrách „závislé“ mají odlišné způsoby, jak zvládat negativní emoce a zhoršenou schopnost soustředění na školní povinnosti (7). Otázky 10, 11, 12 se věnovaly Poruchám příjmu potravy. U otázku 10 měli respondenti vepsat, která onemocnění související s poruchami příjmu potravy znají. 100% respondentů napsalo mentální anorexie a mentální bulimie. Většina respondentů nezná nikoho ve svém okolí kdo trpí poruchami příjmu potravy, tedy 67%. 28% dotazovaných zná někoho ve svém okolí, kdo poruchami potravy trpí a 5% respondentů neví, jestli někoho zná (graf 7). Pokud respondenti někoho znali, jednalo se o kamaráda/ku (34%), 38% respondentů odpovědělo, že jednalo o spolužáka/spolužačku a 27% o někoho z rodiny. Dle Marádové (2006) onemocnění spojené s poruchami příjmu potravy bývají doprovázené ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky, nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava. 96% respondentů nemá vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy. 4% respondentů mají vlastní zkušenost s poruchami příjmu potravy (graf 8), průměrný věk, který respondenti uvedli je 13 let. Jednalo se pouze o dívky. Nespokojenost u dívek znamená převážně přání být štíhlejší. Nespokojenost nemá stejný význam u chlapců jako u dívek. Polovina si přeje zhubnout a druhá polovina spíše přibrat (18). Podotázkou této otázky bylo, o kterou nemoc spojenou s poruchami příjmu potravy se jednalo. 100% respondentů odpovědělo, že se jednalo o mentální anorexii nebo mentální bulimii. Otázky 13, 14, 15 se zabývají Patologickým hráčstvím/gamblerstvím. 88% respondentů hru na výherních automatech nikdy nezkusili. 9% respondentů zkusila hru jen jednou, 2%

hrála opakovaně, ale již nehrají a 1% si jde zahrát jednou za týden (graf 9). Výsledky nekorelují s výzkumem Váchy (2009), kdy se u respondentů nejčastěji jedná o experimentování, tedy 31,5%. Velmi zajímavý údaj je v oblasti příležitostného hraní, kde v průměru hraje 3,2% dotázaných respondentů. 37% respondentů zkusili hraní na výherních automatech ze zvědavosti, 29% z nudy, 30% na radu kamaráda a 4% z frajeřiny (graf 10). 82% respondentů nezná nikoho ve svém okolí, kdo hraje výherní automaty, 9% respondentů odpovědělo, že znají kamaráda/ku, 5% spolužáka/spolužačku a 4% někoho z rodiny (graf 11). Otázka číslo 16 zjišťuje zda respondenti znají nějaké sekty působící na území ČR. 69% respondentů odpovědělo, že zná nějakou sektu působící v ČR a to Svědky Jehovovi. Respondenti ale zaměnili pojem sekta a církvev, protože Svědci Jehovovi nejsou sekta, ale církvev. 31% respondentů nezná žádnou sektu působící na území ČR. Otázka číslo 17 zjišťuje, zda respondenti znají někoho ve svém okolí kdo vyznává sektu. 87% respondentů nikoho nezná a 13% dotazovaných zná někoho ve svém okolí, kdo sektu vyznává. Dle Vágnerové (2004) náboženské skupiny manipulují soukromý život svých členů a vztahy s lidmi. Udržení pevných vazeb v rámci rodiny překáží vytvoření prioritního vztahu k sektě. Tento člověk musí přijmout jejich učení, jinak není považován za přijatelného.

Poslední část dotazníku se týkala prevence. Respondenti odpovídali na to, zda se někdy během svého studia na základní nebo střední škole setkali s jakoukoliv preventivní aktivitou na téma vybraných nedrogových závislostí. Hodnotili jak na ně prevence zapůsobila a jakým způsobem proběhla. Včasnost podle Nešpora je velice důležitá pro efektivnost primární prevence. Cílem není předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale aby se cílová populace chovala zdravěji (26). Principem strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve školství je výchova ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a zachování integrity osobnosti (23). Otázka 18 se zabývala prevencí Patologického hráčství/gamblerství. 41% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s nějakou preventivní aktivitou na téma Patologické hráčství/gamblerství. 59% dotazovaných se s preventivní aktivitou neseťkalo (graf

12). Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 92% respondentů odpovědělo, že se jednalo o přednášku a 8% o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 5. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako navádějící. Podle předních autorů by měla primární prevence přicházet již dva až tři roky před vlastním možným zapojením dítěte do rizikového chování (33). Otázka 19 se věnovala prevenci na téma Poruchy příjmu potravy. 46% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s nějakou preventivní aktivitou na téma Poruchy příjmu potravy. 54% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo (graf 13). Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 12 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem přednáška či beseda proběhla. 67% respondentů odpovědělo, že se jednalo o přednášku, 17% o video záznam a 16% o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 4. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující. Otázka 20 se zabývala prevencí na téma Sekty/náboženská hnutí. 29% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s nějakou preventivní aktivitou na téma Sekty/náboženská hnutí. 71% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo (graf 14). Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita či beseda proběhla. 56% respondentů odpovědělo, že se jednalo o diskuzi, 32% o přednášku a 12% o video záznam. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 4. To znamená, že většina respondentů přednášku hodnotí spíše jako odrazující. Otázka 21 se věnovala prevenci na téma Závislost na mobilním telefonu. 3% respondentů se během svého studia na

základní nebo střední škole setkalo s nějakou preventivní aktivitou na téma Závislost na mobilním telefonu. 97% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 14 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem přednáška či beseda proběhla. 100% respondentů odpovědělo, že se jednalo o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 4. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující. Otázka 22 se zabývala prevencí na téma Závislost na počítačových hrách, internetu. 26% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s nějakou preventivní aktivitou na téma Závislost na počítačových hrách, internetu. 74% dotazovaných se s preventivní aktivitou nesetkalo. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 73% respondentů odpovědělo, že se jednalo o diskuzi a 27% o přednášku. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 3. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako odrazující. Z mého výzkumu je zřejmé, že se děti setkávají s preventivní aktivitou na školách během studia na druhém stupni základní školy, což je podle mého názoru pozdě. Jak je uvedeno výše, i přední autoři doporučují zahájit primární prevenci 2-3 roky před možným zapojením dítěte do rizikového chování. Proto si myslím, že děti by se s primární prevencí měly setkávat již na prvním stupni základní školy, ne-li dříve. V návaznosti na výše uvedené údaje se verifikovala hypotéza č. 2: *Primární prevence nedrogových závislostí je ve školách a školských zařízeních neefektivní.*

Otázka 23 se věnovala prevenci na téma drog. 100% respondentů se během svého studia na základní nebo střední škole setkalo s nějakou preventivní aktivitou na téma Drog. Průměrný věk, kdy se respondenti této preventivní aktivity zúčastnili je 13 let. Dále respondenti odpovídali na to, jakým způsobem preventivní aktivita proběhla. 61% respondentů odpovědělo, že se jednalo o přednášku, 27% o video

záznam a 22% o diskuzi. U podotázky této otázky měl respondent pomocí desetibodové škály určit, jak preventivní aktivitu hodnotí, jestli jako odrazující (hodnota 1) nebo jako návodnou (hodnota 10). V průměru vyšlo číslo 6. To znamená, že většina respondentů preventivní aktivitu hodnotí spíše jako navádějící. Z výše uvedeného vyplývá verifikována hypotéza č. 1: *Problematika virtuálních závislostí je nedostatečně zastoupena v primární prevenci oproti prevenci drogových závislostí.*

6. Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku nedrogových závislostí u žáků gymnázia, střední školy a středního odborného učiliště v Českých Budějovicích.

Prvním cílem práce bylo zmapovat zastoupení jednotlivých jevů rizikového chování v rámci primární prevence ve školách a školských zařízeních a získané výsledky následně porovnat podle typu studované školy respondentů. Druhým cílem bylo zhodnotit efektivitu aplikované prevence v oblasti nedrogových závislostí. Myslím, že cíle své bakalářské práce, které jsem si vytyčila byly úspěšně splněny.

Dílním cílem této práce bylo data zpracovat a následně vyhodnotit. Data jsou zpracována do grafů a popsána v praktické části práce a domnívám se, že i tento cíl byl naplněn.

V teoretické části jsem se za pomoci odborné literatury v úvodu zabývala několika základními pojmy, jako je závislost, nedrogová závislost a rizikové chování. Následně jsem charakterizovala jednotlivé nedrogové závislosti, konkrétně patologické hráčství/gamblerství, závislost na mobilním telefonu, virtuální závislosti, poruchy příjmu potravy a závislost na sektě/náboženských hnutích. Závěr teoretické části jsem věnovala prevenci, především primární a systému organizace a řízení primární prevence sociálně patologických jevů u žáků.

Na splnění výše uvedených cílů byla zaměřena výzkumná část této bakalářské práce, pro jejíž realizaci byla zvolena kvantitativní metoda. Konkrétně byla využita metoda dotazníku. Vlastní dotazník obsahoval 23 otázek, z nichž bylo využito pro potřeby mého výzkumu všech 23 otázek. Dotazník byl rozdán ve druhých ročnících gymnázia, střední školy a středního odborného učiliště v Českých Budějovicích. Sebráno bylo 73 platných dotazníků a návratnost byla tedy 100%.

Před zahájením výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza: Problematika virtuálních závislostí je nedostatečně zastoupena v primární prevenci oproti prevenci drogových závislostí. Druhá hypotéza: Primární prevence nedrogových závislostí je ve školách a školských zařízeních neefektivní. Na základě výzkumu byly obě hypotézy potvrzeny.

Výsledky této práce dokazují, že preventivní aktivity na téma nedrogových závislostí jsou na školách neefektivní a oproti drogové prevenci nedostatečně zastoupeny. Stát by proto měl lépe a účinněji nastavit preventivní programy, kterými by se eliminoval výskyt těchto sociálně patologických jevů.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 1-Citace: metodika a obecná pravidla.. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.4.2004. 21 s.* Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografická citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 2-Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.0. Poslední aktualizace 11.4.2004. 16 s.* Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
3. BARTLOVÁ, S. *Sociální patologie*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 53 s. ISBN 80-7013-259-0
4. BŮCHNEROVÁ, B. *Co máme vědět o sektách*. 1.vyd. Praha: Amulet, s.r.o., 1999. 127 s. ISBN 80-86299-02-3
5. CENTRUM ADIKTOLOGIE. *Rizikové chování* [online]. 2006 [cit. 2010-02-6]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/70/154/rizikove-chovani.html>
6. DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. *Novodobí závisláci* [online]. 2009 [cit. 2010-03-4]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/ostatni/zavislost-na-internetu/novodobi-zavislaci_2009_01_09.html
7. DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER. *Pozor na počítačové hry* [online]. 2007 [cit. 2010-03-4]. Dostupné z: http://www.drogy.net/portal/ostatni/pocitacova-zavislost/pozor-na-pocitacove-hry_2007_08_31.html
8. HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993. 297 s. ISBN 80-90 15 49-0-5
9. INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Cíle prevence podle věku* [online]. [cit.2010-03.4] Dostupné z:

www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=152&list=152&shw=100009

10. INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Co je primární prevence* [online]. [cit.2010-07.4] Dostupné z: www.odrogach.cz/index.php?sess=&p=&disp=texty&shw=100002

11. INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Projevy mentální anorexie* [online]. [cit.2010-03-4]. Dostupné z: http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=172&list=172&shw=100257

12. INFORMAČNÍ PORTÁL PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Projevy mentální bulimie* [online]. [cit.2010-03-4]. Dostupné z: http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=172&list=172&shw=100258

13. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti: Dotazování* [online]. 2002 – 2008 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm

14. KOZLOVÁ, L.-KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0

15. KRCH, F. D. et.al. *Poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. 240 s. ISBN 80-7169-627-7

16. LABÁTH, V. et.al. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 150 s. ISBN 80-85850-66-4

17. LANGMEIER, J.-KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 334 s. ISBN 80-7169-195-X

18. MACEK, P. *Adolescence. Psychologické aq sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X
19. MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2
20. MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9
21. MARHOUNOVÁ, J.-NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1.vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-901618-9-8
22. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-x
23. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. [cit. 2010-02-15]. Dostupný z: http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_preveni_SPJ_k_podpisu_mini.doc
24. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. REVIZE, *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, Praha 8 – Bohnice, 2000. 306 s. ISBN 80-85121-44-1
25. MISAUEROVÁ, A.-VOJTÍŠEK, Z. *Dětství a sekta*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-83-0
26. NEŠPOR,K. *Návykové chování a závislost*. 3.,dopl. a opr. vyd. Praha: portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6

27. POKORNÝ, V.-TELCOVÁ, J.-TOMKO, A. *Patologické závislosti*. 2.vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-4
28. PORADENSKÉ CENTRUM PRO DROGOVÉ A JINÉ ZÁVISLOSTI. *Závislost na počítačích a počítačových hrách* [online]. [cit. 2010-03-4]. Dostupné z: <http://www.poradenskecentrum.cz/pocitacova-zavislost.html>
29. PORTÁL O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY. *Mentální anorexie* [online]. [cit. 2010-03-7]. Dostupné z: www.idealni.cz/anorexie.asp
30. PORTÁL O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY. *Mentální bulimie* [online]. [cit. 2010-03-7]. Dostupné z: www.idealni.cz/bulimie.asp
31. PORTÁL O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY. *Záchvatovité přejídání* [online]. [cit. 2010-03-7]. Dostupné z: www.idealni.cz/prejidani.asp
32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. roz. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3
33. VÁCHA, P. KUBELOVÁ, V. SUCHELOVÁ, M. *Rizikové chování u žáků devátých tříd v návaznosti na virtuální prostředí*. Evaluace a diagnostika. Raabe, říjen 2009. ISSN 1801-8424
34. VÁCHA, P. *Vybrané sociálně patologické jevy ve společnosti* [online]. [cit. 2010-11-4]. Dostupné z: www.prevence.net/science/vacha_02.pdf

8. Klíčová slova

Nedrogová závislost

Prevence

Rizikové chování

Závislost

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Pelechová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Prevence a rehabilitace sociální patologie. Chtěla bych Vás touto formou poprosit o vyplnění dotazníku na téma prevence nedrogových závislostí. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze v mé bakalářské práci. Odpovědi zaškrtněte prosím křížkem, popřípadě odpovězte vlastními slovy. Předem Vám děkuji za odpověď.

1) Jsi?

Muž

Žena

2) Kolik je Ti let? Prosím vepiš.....

3) Vlastníš mobilní telefon?

Ano, vepiš v kolika letech jsi dostal první mobil....

Ne

Jinak, vepiš.....

4) Nosíš mobilní telefon neustále u sebe?

Ano

Spíše ano

Ne

Spíše ne

Jinak, vepiš.....

5) Jaké máš pocity, když mobil nemáš u sebe? Prosím označ na uvedené škále

Nevadí mi to 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Mám nepříjemný pocit

6) Vypínáš na noc mobilní telefon?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Jinak, vepiš.....

7) Vlastníš počítač?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

8) Máš doma k počítači neomezený přístup?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

9) Kolik hodin týdně strávíš u počítače? Prosím vepiš počet hodin.

- Práce do školy.....
- Počítačové hry.....
- Surfování (icq, facebook).....
- Získávání informací na internetu.....
- Stahování (filmů, písniček).....
- Jiné, vepiš.....

10) Vepiš onemocnění, která znáš, související s pojmem Poruchy příjmu potravy?

.....

11) Znáš někoho ve svém okolí, kdo trpí Poruchami příjmu potravy?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, o koho se jedná?

- Sourozenec
- Někdo z rodiny
- Kamarád/ka
- Spolužák/spolužačka
- Někdo jiný, vepiš.....

12) Trpěl/a jsi osobně některou nemocí spojenou s poruchami příjmu potravy?

- Ano, vepiš v kolika letech.....
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, o kterou nemoc spojenou s poruchami příjmu potravy se jednalo?

Prosím vepiš.....

13) Má vlastní zkušenost s hrou na výherních automatech?

- Ano
- Ne
- Nevím
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, jak často hraješ?

- Zkusil/a jsem to jen jednou
- Hrál/a jsem opakovaně, ale již nehraji
- Jednou za týden
- Několikrát týdně
- Denně

Jinak, vepiš.....

14) Z jakého důvodu jsi hraní na výherním automatu poprvé zkusil/a?

Ze zvědavosti

Z nudy

Na radu kamaráda

Z frajeřiny

jiný důvod, vepiš.....

15) Znáš někoho ve svém okolí, kdo hraje výherní automaty?

Ano

Ne

Nevím

Jinak, vepiš.....

Pokud ano, o koho se jedná?

Sourozenec

Někdo z rodiny

Kamarád/ka

Spolužák/spolužačka

Někdo jiný, vepiš.....

16) Znáš nějaké sekty působící na území ČR?

Ano

Ne

Jinak, vepiš.....

Pokud ano, kterou?

Vepiš.....

17) Znáš někoho ve svém okolí kdo vyznává sektu?

- Ano, vepiš jakou.....
- Ne
- Nevím
- Jinak, vepiš.....

18) Setkal/a jsi se v rámci základní nebo střední školy s přednáškou či besedou na téma Patologické hráčství/gamblerství?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, v kolika letech jsi se této přednášky či besedy zúčastnil? Vepiš.....

Jakým způsobem přednáška či beseda proběhla?

- diskuze
- přednáška
- video záznam
- Jinak, vepiš.....

Označ na škále, jak tuto přednášku či besedu hodnotíš?

Odrážující 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Návodné

19) Setkal/a jsi se v rámci základní nebo střední školy s přednáškou či besedou na téma Poruchy příjmu potravy?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, v kolika letech jsi se této přednášky či besedy zúčastnil? Vepiš.....

Jakým způsobem přednáška či beseda proběhla?

- diskuze
- přednáška
- video záznam
- Jinak, vepiš.....

Označ na škále, jak tuto přednášku či besedu hodnotíš?

Odrazující 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Návodné

20) Setkal/a jsi se v rámci základní nebo střední školy s přednáškou či besedou na téma Sekty/náboženská hnutí?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, v kolika letech jsi se této přednášky či besedy zúčastnil? Vepiš.....

Jakým způsobem přednáška či beseda proběhla?

- diskuze
- přednáška
- video záznam
- Jinak, vepiš.....

Označ na škále, jak tuto přednášku či besedu hodnotíš?

Odrazující 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Návodné

21) Setkal/a jsi se v rámci základní nebo střední školy s přednáškou či besedou na téma Závislost na mobilním telefonu?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, v kolika letech jsi se této přednášky či besedy zúčastnil? Vepiš.....

Jakým způsobem přednáška či beseda proběhla?

- diskuze
- přednáška
- video záznam
- Jinak, vepiš.....

Označ na škále, jak tuto přednášku či besedu hodnotíš?

Odrazující 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Návodné

22) Setkal/a jsi se v rámci základní nebo střední školy s přednáškou či besedou na téma
Závislost na počítačových hrách, internetu?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, v kolika letech jsi se této přednášky či besedy zúčastnil? Vepiš.....

Jakým způsobem přednáška či beseda proběhla?

- diskuze
- přednáška
- video záznam
- Jinak, vepiš.....

Označ na škále, jak tuto přednášku či besedu hodnotíš?

Odrážující 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Návodné

23) Setkal/a jsi se v rámci základní nebo střední školy s přednáškou či besedou na téma
drog?

- Ano
- Ne
- Jinak, vepiš.....

Pokud ano, v kolika letech jsi se této přednášky či besedy zúčastnil? Vepiš.....

Jakým způsobem přednáška či beseda proběhla?

- diskuze
- přednáška
- video záznam
- Jinak, vepiš.....

Označ na škále, jak tuto přednášku či besedu hodnotíš?

Odrážující 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 Návodné