



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

Diplomová práce

# Poruchy chování u žáků na 2. stupni základních škol

Vypracovala: Jana Děchtěrenková  
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jiří Kressa

České Budějovice 2013

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem lidem, kteří se podíleli na zdárném průběhu a realizaci této diplomové práce. Jmenovitě bych ráda poděkovala především vedoucímu mé diplomové práce Mgr. et Mgr. Jiřímu Kressovi z Katedry pedagogiky a psychologie za odborné vedení mé diplomové práce, za jeho cenné rady a připomínky a především za ochotu projevovanou po celou dobu naší spolupráce.

Dále bych ráda poděkovala vedoucím pracovníkům a učitelům na ZŠ E. Rošického, ZŠ Nad Plovárnou a ZŠ Křesťanská v Jihlavě, ZŠ ve Větrném Jeníkově a Gymnáziu Jana Masaryka v Jihlavě za vstřícnost, spolupráci a možnost realizace výzkumu. V neposlední řadě pak také žákům těchto škol za ochotu při vyplňování dotazníků.

Velké poděkování patří mé rodině a přátelům za morální podporu, kterou mi poskytli v průběhu realizace práce.

Prohlášení o samostatném vypracování diplomové práce:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Poruchy chování u žáků na 2. stupni základních škol“ jsem 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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

V Českých Budějovicích dne:

.....  
Jana Děchtěrenková

## ANOTACE

Diplomová práce s názvem *Poruchy chování u žáků na 2. st. základních škol.* se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické.

V teoretické části bude blíže vysvětlena problematika poruch chování u dětí na 2. st. základních škol. Jelikož je diplomová práce zaměřena na problematiku alkoholu a kouření u dětí a mladistvých, objeví se již v teoretické části kapitoly týkající se těchto návykových látek.

Závislosti na alkoholu a kouření se mimo jiné věnuje i dotazníkové šetření v praktické části práce. Cílem práce je zjistit jaký typ alkoholických nápojů je u dětí na ZŠ nejčastěji konzumován, jakou formou vyučující žákům předávají informace o návykových látkách či jak velký zájem žáci o informace týkajících se škodlivosti návykových látek mají.

**Klíčová slova:** pubescence, závislost, kouření, alkoholismus, prevence, žák, učitel, poruchy chování, preventivní programy

## **ABSTRACT**

This diploma thesis deals with *Conduct disorder among pupils at the secondary school*. It consists of two parts - theoretical and practical one. The theoretical part will be explained in detail the issue of behavioral disorders in children at the secondary school. There are also included chapters dealing with under-age-limit alcohol drinking and smoking since the thesis is focused on such topics. Alcohol and smoking addiction is among others reflected in questionnaire investi within the practical part. The aim of the thesis is to find out what type of alcohol is mostly consumed by lower secondary school learners, in which way the information about drugs are transmited by teachers and how much learners are interested in such information.

**Keywords:** adolescence, addiction, smoking, alcoholism, prevention, student, teacher, behavioral disorders, preventive programs

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 DÍTĚ VE STARŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU</b> .....	<b>10</b>
1.1 Rizikové faktory působící na vznik poruch chování.....	11
1.1.1 Rodina .....	12
1.2 Vrstevnická skupina .....	14
1.3 Škola.....	15
1.4 Společnost .....	15
<b>2 PORUCHY CHOVÁNÍ</b> .....	<b>17</b>
2.1 Klasifikace poruch chování.....	17
2.1.1 Medicínská klasifikace.....	18
2.1.2 Sociální klasifikace .....	21
2.1.3 Školská klasifikace.....	22
2.2 Problém a porucha.....	23
<b>3 ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ</b> .....	<b>24</b>
3.1 Vývoj závislosti.....	25
3.2 Závislost na alkoholu .....	26
3.2.1 Stádia závislosti.....	27
3.2.2 Mladiství konzumenti .....	29
3.2.3 Účinky alkoholu .....	30
3.2.4 Rizika .....	30
3.3 Tabakismus .....	31
3.3.1 Kouření u dětí.....	32
3.3.2 Účinky .....	32
3.3.3 Rizika spojená s kouřením .....	33
3.4 Jak mluvit o problematice závislosti s dětmi .....	34
<b>4 PREVENCE</b> .....	<b>35</b>
4.1 Typy prevence .....	35
4.2 Možnosti prevence v rodině .....	36
4.3 Možnosti prevence ve třídě .....	36
4.4 Možnosti řešení problémového chování za přispění odborníků ve škole a dalších zařízení.....	37
4.4.1 Pedagogicko-psychologická poradna.....	37
4.4.2 Speciálně pedagogické centrum.....	38
4.4.3 Středisko výchovné péče.....	39

<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>41</b>
<b>5 CÍLE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>41</b>
5.1 Cíle práce .....	41
5.2 Stanovení hypotéz .....	41
<b>6 PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU .....</b>	<b>42</b>
6.1 Charakteristika techniky šetření .....	42
6.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
6.2.1 ZŠ MĚSTO 1 .....	43
6.2.2 ZŠ MĚSTO 2 .....	43
6.2.3 ZŠ MĚSTO 3 .....	44
6.2.4 ZŠ VESNICE 1 .....	44
6.2.5 SŠ MĚSTO 1.....	44
6.3 Výsledky výzkumného šetření .....	45
6.4 Celkové shrnutí výzkumu .....	53
6.5 Hypotézy a jejich analýza .....	54
<b>7 DISKUSE.....</b>	<b>58</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>ZDROJE.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAMY TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>68</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>70</b>

# ÚVOD

Současná společnost se snaží v maximální míře integrovat jedince s tělesným či mentálním postižením do plnohodnotného života. Těmto lidem bývá umožněn co nejsamostatnější a nejdůstojnější způsob života, lidé se na jakkoliv handicapované jedince dívají s pochopením a porozuměním. Již od základních škol je dětem vštěpováno, že handicapovaní za své postižení nemohou. Uvědomujeme si, že se svým postižením nemohou nic dělat, a proto se jim snažíme dle svých možností pomáhat.

Odlišná je situace u dětí a mládeže s poruchami chování. Ačkoliv se sice nejedná o zdravotní či mentální handicap, jejich problémy velmi ovlivňují začlenění do života společnosti, omezují je ve společenské „prospěšnosti“ v dospělosti. Obvyklá veřejnost na tyto děti pohlíží jako na „špatné“, jejichž problémy pramení ze špatné výchovy či charakteru. Pokud k takovému „zaškatulkování“ dojde, dítě nebo mladistvý se s touto rolí nakonec ztotožní - všichni ho tak vidí a on to ničím nemůže změnit. Je velmi důležité, aby dítě pochopilo, že není špatně pohlíženo na jeho osobu, ale pouze na jeho chování. V takovém případě existuje šance, že dítě znovu získá chuť své způsoby chování změnit. V opačném případě se problémy stále více prohlubují.

Problémové chování bývá obvykle spojeno s horším prospěchem, problematickým vztahem k jednomu či více učitelů (ze kterých se později může vyvinout averze ke všem autoritám). Zároveň jsou problémy a poruchy chování často prvním impulsem pro vznik různých druhů návykového chování včetně závislosti u dětí a mladistvých.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části je popsáno vývojové období, kterým se budeme zabývat (tj. raná adolescence, 10 – 15 let). V druhé kapitole je vymezena etopedická terminologie a je zde uvedena kvalifikace poruch chování jak z hlediska medicínského, tak speciálně pedagogického. Třetí kapitola se věnuje problematice návykového a závislostního chování u dětí a mládeže, zejména pak na zneužívání alkoholu a nikotinu. V poslední kapitole teoretické části jsou popsány možnosti prevence, zásady a rozdílnost v jednotlivých věkových skupinách.



Praktickou část tvoří empirický výzkum. Cílem této práce je zjištění míry užívání alkoholických nápojů a tabáku u dětí ve věku 11 – 15 let. Výzkum bude proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníku. Do výzkumného šetření jsou zapojeny tři městské základní škola, jedna škola vesnická a nižší stupeň gymnázia. V této části budou nejprve popsány hypotézy, zkoumaný vzorek a použité metody. Následně interpretace dat a diskuse výsledků.

V práci bude obsaženo porovnání výsledků současných s výsledky, které vyšly Mgr. Ivě Hromířové v loňském roce a s výsledky, které vyšly v obdobném šetření ve Velké Británii.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DÍTĚ VE STARŠÍM ŠKOLNÍM VĚKU

*„Období mezi jedenáctým až dvanáctým a čtrnáctým až patnáctým rokem, kdy se subjekt vyprošťuje z konkrétního a chápe skutečnost jako množinu možných transformací. Tato etapa ukončuje dětství a připravuje adolescenci. Hlavní charakteristikou adolescence je právě takové vymanění se z konkrétního a obrát k nereálnému a k budoucnosti. Často se popisuje prudký citový a sociální vývoj.“* (Piaget, Inhelderová, 2007, s. 117)

Tradičně se na období prepuberty a puberty pohlíží jako na léta „bouří a stresů“, které přechod mezi dětstvím a dospělostí provází. Společnost na jedince klade nároky, se kterými se musí vyrovnat a podřídit se jim, zároveň by se měl stát nezávislým na rodičích, začít vytvářet heterosexuální vztahy a adaptovat se mezi vrstevníky. (Šimíčková-Čížková, 2005)

Období školní docházky je etapou, ve které dochází k hlavním vývojovým změnám, rozvoji poznávacích procesů a sociálních vztahů. Dochází ke změnám tělesným i duševním. Školní věk můžeme chápat jako oficiální vstup do společnosti, kterou představuje instituce školy. Dítě si zde začíná plně uvědomovat, že musí plnit povinnosti, které od něj společnost očekává.

Tyto roky lidského života mají své typické znaky. Člověk v tomto období musí zvládnout svou proměnu. Mladí lidé se snaží zabezpečit své sociální postavení a vytvářejí si „novou“ identitu. Jedinci se při procesu dospívání snaží co nejdříve zbavit dětských příznaků a v pozdějším věku se pokouší vymanit z rodičovské péče. Na druhou stranu je nutno podotknout, že zodpovědnost a povinnosti, typické pro dospívání, však mladiství přejímají a dodržují velmi neradi.

Pro tuto diplomovou práci je bezesporu nejdůležitější oblast měnících se vztahů k ostatním lidem. Dospívání je pro mnohé obdobím prvních lásek, prvních nerozlučných přátelství, prvních výrazných sporů, souvisejících s despektem autorit (nejčastěji rodičů a učitelů).

*„Odsuzování dospělých nebývá větší než kritika vrstevníků, ale bývá nápadnější, protože je doposud vývojově novým, sociálně tabuizovaným projevem. Dospívající k nim obvykle nejsou kritičtější než sami k sobě, ale o jejich sebekritičnosti nemusí dospěli vůbec vědět, protože bývá pouze vnitřní záležitostí jedince, a vědí o ní nanejvýš jejich nejbližší kamarádi. Důvodem je potřeba uchovat si sebeúctu alespoň navenek.“ (Vágnerová, 2005, s. 347)*

Vágnerová rozlišuje několik důležitých sociálních skupin a institucí, které ovlivňují osobnostní rozvoj dospívajících. Patří sem rodina, která zastává funkci sociálního zázemí. Škola, která je významná z hlediska výběru budoucí profesní přípravy. Sociální zařazení, rozvoj schopností a dovedností z velké části ovlivňují volnočasové instituce. Ty zároveň nahrazují školní neúspěchy nebo disfunkční rodinu. Poslední, patrně nejpodstatnější a stále důležitější, je vrstevnická skupina. Lidé, se kterými se pubescent identifikuje, srovnává. Zahrnuje přátele, kterým dospívající věří, svěřuje se. Dalo by se říci, že se vrstevníci stávají zdrojem emoční a sociální podpory. Slouží jako rodiště prvních lásek, ale zároveň zde vznikají party, které mají svého vůdce. Vrstevníci jedince učí prosadit se, ale zároveň respektovat názory druhých.

## **1.1 Rizikové faktory působící na vznik poruch chování**

Člověk je tvor společenský, a proto jeho chování ovlivňují lidé, se kterými denně přichází do styku. Rozvoj dědičných předpokladů závisí na působení vnějších vlivů. Působení je individuálně proměnlivé, a proto není vývoj nikdy úplně stejný. Dva jedinci se stejnými dědičnými předpoklady nemusí reagovat na stejné podněty stejně. Pro rozvoj vlastní identity je právě dospívání kritickým obdobím. Lidé jsou od přírody aktivní a i tento fakt má v procesu vývoje velmi důležitý význam. Nejsme pouze pasivními příjemci různých podnětů, ale i aktivními subjekty. Působíme na své okolí, ovlivňujeme ho, formujeme, přetváříme ho, na druhou stranu prostředí právě tak působí na nás. Působení klimatu závisí na podnětech samých a na způsobu, kterým je každá osobnost zpracovává, projevuje se a jaký pro ni mají význam. Rozvoj jakékoliv poruchy je vývojovým procesem, který závisí na vzájemné interakci míry zranitelnosti a souhrnu vnějších vlivů. Vnější vlivy se mohou měnit, a proto se musí člověk stále hledat nové způsoby reagování.

Značný vliv mají malé sociální skupiny, které působí na jedince na přímo, prostřednictvím mezilidských vztahů. Mohou být zdrojem zátěžových i ochranných

vlivů. Do těchto skupin řadíme **rodinu, vrstevnické skupiny a školu**. Dalším zdrojem zkušeností a prvkem, který jednání a chování formuje je **společnost, sociální vrstva**, ve které jedinec vyrůstá a žije.

### 1.1.1 Rodina

*„Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“* (Hartl, Hartlová, 2004, s. 512).

Je obtížné žít s dospívajícím, stejně jako soužití s rodiči, kteří ničemu nerozumí a všechno jenom zakazují. *„Dospívající a jejich rodiče se nacházejí na různých úsecích cesty, vyhlížejí ze strážního koše a vidí stejný svět odlišně. Rozdílné pohledy mohou způsobit, že se společný život stane vzrušujícím, anebo plným potíží.“* (West, 2002, s. 115)

Čím dál více se prohlubuje generační propast mezi rodiči a jejich ratolestmi. Dítě se osamostatňuje, rodiče znamenají spíše přítěž a neustálé kontroly. Na rozdíl od menších dětí, které rády absolvují rodinné výlety, oslavy a rodinné akce, znamenají tyto aktivity pro dospívajícího jedince více či méně tolerované zlo. Naproti tomu dospívající se postupně vymaňují z rodinných rituálů a snaží se osamostatňovat, rozvíjet vztahy s vrstevníky a mít program svého volného času ve svých rukou. Právě náplň volného času může mezi dítětem a rodiče vyvolávat rozpor. Na druhou stranu dochází k tomu, že rodiče zvyšují na své potomky požadavky, nejsou to přeci už žádné děti, jsou dost staří, aby mohli v domácnosti více pomáhat. Úměrně s navyšujícími se požadavky by se měly zvyšovat i práva dospívajících, což se ale často nestává. V reálném životě to obvykle dopadá tak, že rodiče nejsou ochotni adolescentům přiznat více práv, větší samostatnost, nechtějí akceptovat jejich názory a i v pozdějším věku požadují poslušnost.

Mladí lidé přijímají jen to, co jim vyhovuje, k čemu mají obdiv. V tomto věku je typické absolutní hodnocení situací. Co není přesně podle představ, to je často zavrhnuto. Toto tvrzení může zapříčinit i rozpor a časté konflikty s rodiči. Matka ani otec nebývají dokonalí a tudíž nemohou mít stoprocentně pravdu. Aby je potomek absolutně respektoval, musel by si je idealizovat.

*„Rizikovými faktory v rodině v souvislosti s užíváním návykových látek v adolescenci jsou: známé užívání nebo abúzus návykových látek v rodině a*

*nedostatek rodičovského dohledu. Ochranné faktory jsou: vřelé a podpůrné rodinné prostředí, prosociální rodinné procesy (pravidla, hlídání) a emoční vazba.*“ (Schepker, Keller, 2009, s. 20)

Výchovné působení rodiče jako primárního vychovatele je podmiňováno tzv. výchovnými postoji. Výchovné postoje k dítěti se utvářejí v celém vývoji osobnosti vychovatele. Velkou roli zde hrají zejména vlastní zkušenosti z dětství, vztah k rodičům, hodnotový systém a konflikty, kterými vychovatel prochází ve svém vztahu k dítěti. (Matějček, 1999)

Rozlišujeme několik typů stylů výchovy:

- a) **Demokratický** – Vyznačuje se prvky typickými pro demokracii, vzájemné respektování členů rodiny, pochopení. Jsou zde jasně nastolená pravidla, která jsou přiměřeně kontrolována. Dítě se demokratickým způsobem výchovy učí komunikaci, sociální a intelektuální úrovni, která je přiměřená jejich věku a schopnostem. Pokud má rodina o něčem rozhodnout, předpokládá se, že proběhne diskuse mezi všemi členy. Demokratická výchova je považována za nejharmoničtější.
- b) **Autoritářský** – Rodiče (nebo jeden z rodičů) zde prosazuje svou moc bez ohledu na názor potomka. Zdůrazněná je komunikace směrem rodič (vychovatel) – dítě (vychovávaný). Tato výchova se vyznačuje dodržováním příkazů rodičů.
- c) **Liberální** – Na dítě jsou kladeny malé požadavky. Zároveň je zde nízký stav kontroly a sociální zodpovědnosti. Pokud už rodič má na dítě nějaký požadavek, většinou nekontroluje jeho splnění. Pro liberální výchovu je typickým znakem benevolentnost ze strany rodičů.
- d) **Zanedbávající** – Jak již název napovídá, jedná se o nedbalost rodičů o děti. Rodiče zajímají pouze jejich aktivity, nikoliv to, jak se jejich potomek učí, s kým se přátelí a stýká, čím vyplňuje svůj volný čas apod. Nemusí se jednat pouze o rodiče ze sociálně nižších vrstev, o alkoholiky apod., ale naopak i o rodiče, kteří jsou natolik pracovně vytíženi, že si své děti „kupují“, zahrnují je dárky, ale prakticky se o ně nestarají.
- e) **Nadměrně ochranná výchova** – Laicky nazývána jako „opičí láska“. Hlavní slovo v rodině mívá často dítě. Rodiče (nebo jeden z rodičů, většinou matka)

dělají vše pro dobro potomka. Tento styl výchovy se představuje nadměrnou péčí a starostlivostí o dítě.

- f) **Disharmonická výchova** – Typická rozporuplnost v rodině. Reakce rodičů jsou mařené momentálními pohnutkami a rozpoložením. V tomto typu výchovy neexistují jednotná a přesná pravidla.

První tři typy jsou považovány za základní, v některých publikacích se další výše zmíněné ani nevyskytují. Podle průzkumů, které ve své knize Psychologie pro učitele, uvádí Čáp (2007) je u dětí nejpopulárnější výchovný styl demokratický, nejméně oblíbený je potom styl autoritativní.

Je velmi důležité, aby si rodiče všimli změn chování jejich potomka. Začleňování dětí do skupin vrstevníků s sebou totiž přináší riziko výskytu sociálně patologických jevů. Pozorováním lze zjistit nejen to, že jejich dítě je např. obětí šikany, ale může dojít k prozření, že právě jejich potomek je oním agresorem, tvůrcem graffiti a podobně.

Jak bylo již uvedeno výše, v době dospívání dochází k rozporům mezi dospívajícím a rodiči. Situace může vygradovat tak, že adolescent pro něj nevyhovující rodinu opustí. Stále je zde ale nezměnitelný fakt, že rodina dítěti poskytuje mnoho podnětů, které vytváří primární zkušenosti. Z hlediska rozvoje psychických poruch má tedy největší význam.

## **1.2 Vrstevnická skupina**

Odpoutání od rodiny v době dospívání dává velký prostor vrstevnickým skupinám. Vrstevníci hrají velkou roli při sdílení společných zážitků, při rozvoji schopností a dovedností, umožňuje komunikaci se sobě rovnými, podobné řešení životních problémů apod. Nikdo nemá místo v žádné ze skupin jisté, důležité je umět se prosadit, obhájit své názory, získat si ostatní a docílit toho, aby byl jedinec skupinou akceptován.

Vrstevnická skupina nemusí jedince, zejména se jedná o ty, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni, přijmout. V některých případech je člověk sice do skupiny přijat, nicméně získá špatnou pozici, která přináší negativní vliv na jeho sebehodnocení a sebeúctu.

Vazba na rodinu je během vývoje nahrazena vazbou na vrstevnickou skupinu. Každá skupina má však jasně dané své normy a hodnoty a jejich dodržování je vyžadováno od všech členů. Někteří dospívající proto začnou překračovat běžné normy a chovají se rizikově nebo sociálně nepřijatelným způsobem. Silná osobnost může partu změnit, vtisknout jí jiné normy, může ohrozit pozici vůdce skupiny. Pokud je však člověk osobnost slabá, nezbyvá mu, než normy skupiny přijmout. Vztahy mezi vrstevníky vytvářejí sociální síť, která sice slouží jako zázemí a zdroj pomoci a opory, nicméně touha po členství může způsobit, že se jedinec dostane do konfliktu s autoritami i zákonem. (Vágnerová, 2004)

### **1.3 Škola**

Škola je institucí, která rozšiřuje příslušnost mladého člověka k novým skupinám. Každá osobnost je jejím prostřednictvím stimulována a formována. Škola má své žáky požadavky a očekávání, které mohou být pro některé těžko splnitelné. Neúspěch ve školním vyučování děti často kompenzují chováním, kterým narušují např. morálku ve škole, stanovená pravidla a stávají se tak středem pozornosti alespoň v oblasti kázně. Velmi důležitý je vztah mezi učitelem a žákem či mezi žáky mezi sebou. Škola také je vhodným prostředím pro vznik šikany.

Činitele, které zvyšují riziko ve školním prostředí, se týkají hlavně prevence. Jedná se o prevenci nesystematickou, nespolupráci rodiny a školy v preventivních programech. Důležitá je i absence pravidel týkající se zákazů návykových látek a naproti tomu dostupnost látek v okolí školy. Ve školním prostředí můžeme nalézt i činitele, které naopak riziko závislosti snižují. V tomto případě se jedná o soustavnou a systematickou prevenci, nastavení pravidel týkajících se zákazu návykových látek ve škole a rozvoj kvalitního trávení volného času. (Vágnerová, 2004)

### **1.4 Společnost**

Každý člověk je součástí celku, který bychom mohli nazvat společnost. Jsme na ni odkázáni, bývá pro nás zdrojem zkušeností a musíme dodržovat normy, hodnoty a úroveň, která je ve společnosti nastavena. „*Veškeré sociální vlivy působí na jedince tak, jak jejich podnětům a požadavkům rozumí, jak si je vysvětluje a jak je prožívá.*“ (Vágnerová, 2004, s. 48)

Společnost je rozčleněna do sociálních vrstev, každá z nich je vymezena určitými hodnotami a má svůj životní styl. Pokud se člověk bude odlišovat, bude na něj vyvíjený tlak. Psychický vývoj závisí na hromadění zkušeností, které jsou velmi rozmanité a ovlivňují jednotlivé složky psychiky. Každý z nás získává během života zkušenosti – pozitivní i negativní, které jeho jednání ovlivňují.

Děti, které jsou na své cestě k dospělosti ovlivňované některými z těchto rizikových faktorů, mohou jejich působení odolávat nebo podléhat. Závisí to na jejich individuální vnímavosti k těmto vlivům. Velmi často se promítají do chování dítěte v nežádoucí formě (Vojtová, 2009).



## 2 PORUCHY CHOVÁNÍ

Porucha emocí nebo chování je definována jako výraz pro postižení, kdy se chování a emocionální reakce žáka liší od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a mají nepříznivý vliv na školní výkon, včetně jeho akademických, sociálních, profesních a osobnostních dovedností. (Vojtová, 2009)

Za poruchy chování jsou označovány veškeré odchylky od průměrného chování dětí i dospívajících. Poruchy se objevují u chlapců i děvčat. V minulosti se sice týkaly spíše chlapců, ale dnes se tyto rozdíly stále více stírají. Nejčastěji se poruchové chování objevuje u dětí, které jsou vychovávány v nepříznivých rodinných podmínkách, kde rodiny nefungují nebo působí disharmonickým dojmem.

Poruchy se projevují „domácím zlobením“, které přerůstá v přestupky ve škole a může vygradovat v agresivní chování, poškozování či odcizování cizích věcí, lhaní, záškoláctví apod. Train (2001) ve své publikaci uvádí, že zhruba každé páté předškolní dítě trpí některou z poruch chování.

Vágnerová (1999) charakterizuje poruchy chování jako nepřiměřené sociální chování, které se projevuje neschopností udržovat přijatelné sociální vztahy. Bývá spojováno s nedostatkem empatie, egoismem, zaměřením na sebe sama a na uspokojování vlastních potřeb. Jedinci, u kterých se některá z poruch chování objevuje často ve svém životě (zejména v dětském věku) nezažili pocity lásky, citový vztah, který by jim poskytl nezbytnou pozitivní zkušenost, jenž je potřeba nadále rozvíjet. Důležitým faktem je také to, že jedinci za své negativní chování nepocítují vinu a jejich reakce bývají často spojeny s agresivitou.

### 2.1 Klasifikace poruch chování

Porucha chování je považována za jakousi odchylku od normy přijímané společností. Jak uvádí Vojtová (2009) v literatuře je možno nalézt různé kategorizace a podle nich tento odklon můžeme posuzovat z více odlišných hledisek, proto i klasifikací poruch chování je několik, vždy zaměřených na určitou oblast (medicínská, psychologická, sociální, atd.)

### 2.1.1 Medicínská klasifikace

Z medicínského hlediska jsou poruchy chování řazeny do skupiny F91. Poruchy chování jsou charakterizovány opětovným a přetrvávajícím agresivním, asociálním nebo vzdorovitým chováním. Aby mohlo dojít k označení „porucha“ mělo by chování výrazně překročit sociální chování odpovídající určitého věku, mělo by se jednat o závažnější jednání, než je obyčejné dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících. a mělo by trvat minimálně šest měsíců. Poruchy chování však mohou být projevem i další psychiatrické poruchy. Diagnóza je založena na chování, pro které je typické nadměrné praní, týrání a krutost zaměřená k lidem či zvířatům, destrukce majetku, žhářství, krádeže, opakované lži, záškoláctví, výbuchy vzteku nebo nekázeň. Pro tvrzení, že se jedná o poruchu chování, postačuje jeden z výše uvedených typů chování – musí být však výrazný. (MKN-10 [online])

**Tabulka 1: Vybrané kategorie poruch chování a emocí**

Hyperkinetické F90 poruchy	Porucha aktivity a pozornosti Hyperkinetická porucha chování Jiné hyperkinetické poruchy
Poruchy chování F91	Porucha chování vázaná na vztahy k rodině Nesocializovaná porucha chování Porucha chování samotářského typu Nesocializovaná agresivní porucha chování Socializovaná porucha chování Porucha chování skupinového typu Skupinová delikvence Poklesky v souvislosti s členstvím v gangu Krádež s partou Opoziční vzdorovité chování Jiné poruchy chování Poruchy chování nespecifikované
Smišené poruchy F92 chování a emocí	Depresivní porucha chování Smišené poruchy chování a emocí Porucha chování spojená s emoční poruchou F93 (úzkostná porucha apod.) Porucha chování spojená s neurotickou poruchou Smišená porucha chování a emocí nespecifikovaná
Emoční poruchy F93	Separční úzkostná porucha v dětství Fobická anxiózní porucha v dětství Sociální anxiózní porucha v dětství Porucha sourozenecké rivality Jiné dětské emoční poruchy Poruchy identity Nadměrně úzkostná porucha Dětská emoční porucha Dětské emoční poruchy nespecifikované
Poruchy sociálních F94 funkcí	Elektivní mutismus Selektivní mutismus Reaktivní porucha přichylnosti dětí Porucha desinhibovaných vztahů u dětí Citově chladná psychopatie Syndrom ústavního dítěte Jiné dětské poruchy sociálních funkcí Porucha dětských sociálních funkcí nespecifikovaná

Zdroj: Vojtová, 2008, s. 64

### **2.1.1.1 F91.0 Poruchy chování ve vztahu k rodině**

Charakteristickým rysem této skupiny je porušování základních práv nebo pravidel přiměřených věku, které je úplně nebo téměř úplně omezeno na členy nukleární rodiny nebo bezprostřední členy domácnosti. U těchto poruch musí být bráný zřetel na oslabené vztahy rodič – dítě, protože ani těžce narušené vztahy nemusí znamenat, že se o poruchu chování skutečně jedná. Pro diagnózu těchto poruch jsou podněcující např. konflikty s jedním nebo více členy základní rodiny, od kterých se může další chování odvíjet. Často se může jednat o nevlastního rodiče, případně o nevlastní sourozence.

Skupina zahrnuje tyto poruchy:

- Krádeže věcí z domova
- Destrukční chování (rozbíjení hraček, trhání oblečení, ničení cenného majetku)
- Násilí vůči členům rodiny
- Žhárství zaměřené na domov

### **2.1.1.2 F91.1 Nesocializované poruchy chování**

Poruchy chování, které charakterizuje výrazné narušení vztahů jedince k ostatním dětem, se nazývají nesocializované. Dítě je výrazně distancováno od skupiny vrstevníků – právě to je nejvýraznějším odlišením od poruch socializovaných. *„Narušené vztahy s vrstevníky se hlavně projevují izolací od ostatních dětí nebo odmítáním či neoblíbeností ostatních dětí a nedostatkem blízkých přátel nebo trvalých empatických, vzájemných vztahů k jiným dětem stejné věkové skupiny. Vztahy s dospělými bývají poznamenány neshodami, nepřátelstvím a vzdorem.“* (Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s 252)

Ve vztazích k dospělým i vrstevníkům se v některých případech může objevit náznak vztahu, ve kterém obvykle chybí důvěra. Velmi často bývá k nesocializované poruše připojena některá z emocionálních poruch. Ve většině případů páchá jedinec přestupky samostatně, není ovšem vyloučeno, že dítě s touto poruchou páchá delikty ve skupině.

Typické chování zahrnuje:

- Tyranizování slabších (vydírání nebo násilnosti)
- Neposlušnost, hrubost
- Odmítání autority
- Těžké výbuchy zlosti, nekontrolovaný vztek
- Zakládání ohňů
- Krutost k druhým dětem a zvířatům

#### **2.1.1.3 F91.2 Socializované poruchy chování**

Jak již název skupiny napovídá, tyto defekty se objevují u osob, které jsou velmi dobře zapojeny do vrstevnických skupin. Často se vrstevnická skupina skládá ze členů s disociálními nebo delikventními aktivitami. Dítě ve skupině s delikvencí mít problém nemusí, ale samo mimo ni může své chování rapidně měnit. V tomto případě je typické loajální a přátelské chování ke členům skupiny. Na rozdíl od vrstevníků bývají při tomto typu poruch špatné vztahy s dospělými, poruchy bývají doprovázeny neúctou k autoritám.

*„Často se porucha nejvíce projevuje mimo rodinu a specifčnost vztahu ke škole (nebo jinému mimorodinnému prostředí) je s touto diagnózou slučitelná“.*  
*Duševní poruchy a poruchy chování, 2000, s 252)*

Patří sem:

- Skupinový typ poruch chování
- Skupinová delikvence
- Přechyby s partou
- Krádež v účasti druhých
- Záškoláctví

#### **2.1.1.4 F91.3 Opoziční vzdorovité chování**

Tento typ se obvykle vyskytuje u mladších dětí a je primárně charakterizován výrazným vzdorovitým, neposlušným a destruktivním chováním. Nenacházíme zde však delikventní činy ani extrémní agresivní či asociální chování.

Abychom mohli mluvit o poruchách spadajících do této skupiny, musí být splněna kritéria pro F91 (viz. výše).

### **2.1.2 Sociální klasifikace**

Toto třídění bývá v odborné literatuře uváděno, nicméně se jedná o klasifikaci zastaralou a v některých aspektech spornou. Problematické jsou především rozdíly mezi asociálním a antisociálním chováním.

Vojtová (2009) uvádí, že se toto rozdělení orientuje na charakter konfliktu se sociálním klimatem, ve kterém osoba žije.

#### **2.1.2.1 Disociální poruchy chování**

Jedná se o nejlehčí formu poruch chování, při kterých jedinec neohrožuje okolí. Tyto poruchy bývají přechodné a je možné je zvládnout běžnými výchovnými postupy.

Příčin vzniků těchto poruch je několik. Může se jednat o pouhé vynucování pozornosti rodičů či spolužáků, problémy ve škole, posilování sebevědomí, strach, ale i o důsledek perfekcionista výchovy.

Řadíme sem tyto poruchy:

- Návykové nechutenství, nespavost (některé zdroje označují jako zlozvyky), je nutné odlišovat od zdravotních problémů
- Vzдорovitost – různé projevy od pasivních až po agresivitu
- Negativismus – jedinec zásadně negativně odpovídá na kladné podněty, odmítání komunikace
- Lhaní

#### **2.1.2.2 Asociální poruchy chování**

Poruchy chování, které spadají do skupiny asociálních poruch, se vyznačují porušováním společenských norem, které sice nepřesahují právní předpisy, ale jsou v rozporu s morálkou člověka. Tyto defekty se projevují například nedostatečným sociálním cítěním, častou frekvencí, obvykle mívají vzestupnou tendenci.

Příčin vzniku asociálních poruch je celá řada, příkladem je přijetí partou problémových jedinců, dobrodružství, získání pozornosti svého okolí, nedosažitelnost věcí, problém v komunikaci, obranná reakce na náročné životní situace, narušení sociálních vztahů a v neposlední řadě i šikana.

Lidé s těmito poruchami potřebují speciálně pedagogický přístup, a to jak ústavní, tak i péče ve speciálních výchovných zařízeních a centrech. Velmi potřebná je intenzita péče a motivace léčit se.

Mezi tento typ poruch patří:

- Krádeže
- Útěky a záškoláctví
- Závislostní chování – toxikomanie, narkomanie, alkoholismus, tabakismus, gamblerství, závislost na sektách
- Autoagrese

### 2.1.2.3 Antisociální poruchy chování

Tyto poruchy jsou na rozdíl od poruch asociálních protiprávní, a tudíž trestné. Jedná se o protispolečenské jednání, které může poškozovat jak společnost, tak i jedince samotného. Pokud jedinec porušuje zákony dané společností, ohrožuje společenské hodnoty nebo lidský život, bývá mu obvykle nařízena ústavní péče (školská zařízení, věznice). Velmi často nastává recidiva, tzn. delikty se opakují.

Jedná se o tyto poruchy:

- Krádeže, loupeže, vandalství (na rozdíl od asociálních poruch zde dochází k ohrožení objektu)
- Sexuální delikty (pohlavní zneužití, znásilnění)
- Zabití, vraždy
- Vystupňované násilí, terorismus, rasismus
- Trestná činnost, která souvisí s toxikomanií

### 2.1.3 Školská klasifikace

Další klasifikace je zaměřena na školní prostředí. Zahraniční autoři třídí poruchy chování do tří základních oblastí. Cole, Visser, Upton (1998, in Vojtová 2008, s. 67)

- **Poruchy chování vyplývající z konfliktu** – záškoláctví, lhaní, krádeže
- **Poruchy spojené s násilím** – agrese, šikana, loupeže
- **Poruchy chování související se závislostí** – toxikomanie, závislost na automatech

Myschker (1993, in Vojtová 2008, s. 67) dělí poruchy do čtyř skupin:

- **Poruchy chování s externími vlivy** – agrese, poruchy pozornosti, impulzivita, hyperaktivní chování
- **Poruchy chování s interními vlivy** – strach, komplex méněcennosti, úzkost, poruchy spánku
- **Nezralé sociální vztahy** – infantilní chování, snadná unavitelnost, snížená výkonnost
- **Socializovaná delikvence** – násilnické chování, vznětlivost, nezodpovědnost, poruchy vztahů

Pedagogičtí pracovníci nesmí zapomínat na fakt, že poruchy chování a emocií ve velké míře působí na rozvoj osobnosti, vzdělávání a pracovního zařazení.

## 2.2 Problém a porucha

Dle Vojtové (2008) musíme v hodnocení, zda se jedná o žáka s problémem v chování či žáka s poruchou chování porovnat tři prvky: záměr v nežádoucím chování, časovou dimenzi nežádoucího způsobu chování a případnou nápravu, kompenzaci či reedukaci.

Žák s problémem v chování je si svých problémů vědom, vadí mu, chtěl by sám zapracovat na nápravě. V podstatě je možné říci, že normy nenarušuje úmyslně, ale jejich porušování je dáno konfliktem vnitřních potřeb a vnějších požadavků. Poruchy těchto jedinců bývají většinou krátkého trvání, mohou se objevovat v určitých intervalech. Porucha u těchto jedinců může souviset s vývojem jejich osobnosti. Při cílených pedagogických opatření je možná účinná náprava.

Žák s poruchou chování si své prohřešky neuvědomuje. Normy nepřijímá, ignoruje je, necítí žádnou vinu. Porušování norem má dlouhodobý ráz. Náprava je komplikovanější než u problémů v chování. Je vyžadována speciální péče, která směřuje k předvádění způsobů a cílů chování společensky nepřijatelného k tomu, které je tolerováno. (Vojtová, 2008)

### 3 ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ

*„Alkohol, tabák, kofein, volně prodejně léky a léky na předpis jsou všude. Naléháme na naše dospívající, aby žili bez drog, ale Američané (stejně jako Češi) jsou neustále bombardováni sděleními, která nabádají, abychom pili to či ono a léčili se těmi či oněmi látkami. Pijeme alkohol na oslavu, pro a někdy dokonce i k medikaci. (Rosenbaum 2006, s 11)*

Každý se ve svém životě setkává s návykovými látkami. K dobytí energie užíváme kofein, ke zlepšení nálady, zmírnění depresivních stavů, lepšímu spánku atd. bereme volně prodejně léky či léky na předpis. Drogy jsou zkrátka neoddelitelnou součástí života nás všech.

Dnešní dospívající mají zkušenosti s tím, že někteří z jejich spolužáků jsou nuceni užívat lék na potlačení hyperaktivity, vidí své rodiče a další dospělě pít alkohol a kouřit, někteří si uvědomují, že alkohol v malém množství organismu neškodí. Jiní však přebírají pouze fakt, že jejich rodiče alkohol konzumují a na další okolnosti se neohlížejí. Rodiče jsou realističtí a uvědomují si, že se jejich dítě do styku s alkoholem, možná i s cigaretou, dostane, avšak máloco je děsí tak jako představa, že se právě jejich dítěti konzumace návykových látek vymkne z ruky. (Rosenbaum, 2006)

K dospívání experimentování s návykovými látkami jaksi patří. Dospívající jsou velmi zranitelní z hlediska sociálních vlivů, mají nižší míru tolerance a stávají se závislými při nižších dávkách než dospělí (Fowler et al., 2007).

Musíme rozlišovat rizikové a ochranné faktory, které s užíváním látek velmi úzce souvisí. *„Mezi rizikové faktory patří osobnost, sociální a biologické faktory, jako jsou vyhledávání vzrušení, pozitivní očekávání ohledně alkoholu, dysfunkce v rodině, užívání drog rodiči nebo kamarády, dědičnost a duševní problémy. Vlivy, které mohou mírnit nebo tlumit následky rizikových faktorů, označujeme za ochranné faktory a jsou to: pevnost vazby nebo pouta mezi rodičem a dospívajícím, osobnostní předpoklady jako pozitivní temperament a dispozice a pozitivní vnější podpůrné systémy.“*

V následující tabulce jsou zaneseny rizikové a ochranné faktory v šesti oblastech aktivity.



**Tabulka 2: Rizikové a ochranné faktory v šesti oblastech aktivity**

Oblast	Rizikové faktory	Ochranné faktory
Jedinec	Rané agresivní chování	Sebeovládání
Rodina	Nedostatek rodičovského dohledu	Dohled rodičů
Vrstevníci	Zneužívání návykových látek	Studijní předpoklady
Škola	Dostupnost drog	Protidrogová politika
Instituce	Pěstounská péče, umístění mimo domov	Profesionální sledování, volnočasové aktivity
Komunita	Chudoba	Silná vazba na prostředí

Zdroj: Upraveno a rozšířeno dle Robertson et al. (2003) a Gee et al. (2006).

### 3.1 Vývoj závislosti

Vaníčková (2003) dělí vývoj drogové závislosti do pěti stádií:

- První kontakt
- Experimentování
- Užívání
- Závislost
- Odvykání

**První kontakt** s drogou a první osobní zkušenosti s ní se obvykle odehrávají ve skupině či v partě. Pro většinu dětí je tento zážitek dostačující a návykovou látku dále nevyhledávají. Neplatí to však striktně pro všechny látky. Např. s alkoholem se ale mnohdy děti poprvé setkávají ne v partě vrstevníků, ale v rodině. (Vaníčková, E., 2003)

**Experimentování** je typické pro děti a mladistvé, pro které byl první kontakt s drogou pozitivním prožitkem, především pro naplnění potřeby ocenění a sounáležitosti s vybranou sociální skupinou. Ujišťují se, že společné užívání návykové látky jim umožňuje být nezastupitelným a rovnoprávným členem takové skupiny. Získávají pocit, že občasné užití přináší příjemné prožitky a pomáhá k uniknutí z nelibé reality. Experimentování je možno ještě před okolím dobře skrýt, nepříznivé účinky prozatím nejsou zjevné a přeměna je i okolím často vnímána jako pozitivní (dítě se může jevit jako méně nejisté, úzkostné, zakřiknuté a osamocené). (Vaníčková, E., 2003)

**Užívání** jako takové je častokrát podníceno konfliktem, osobním zklamáním nebo emocionálním poraněním dítěte nebo mladistvého, který má zkušenosti s experimentováním s drogou. Už v předchozí etapě si zažilo pozitivní pocity drogou vyvolané a při osobních problémech se k ní vrací. Jedinec se potom přechodně cítí lépe a jako pohodový a úspěšný je uznáván okolím. Droga už se ale v této chvíli stává součástí života dítěte či mladistvého, postupně se pozitiva proměňují v negativa. Rekreační užívání se již změnilo v problémový návyk. Objevuje se zanedbávání zálib, dochází k absencím ve škole, pozdním příchodům domů, zhoršují se vztahy s přáteli, s rodiči i ve škole. Jedinec si často uvědomuje, že tyto problémy mají souvislost s užíváním omamné látky a pokouší se abstinovat. Určitou dobu je toho i schopný, mylně si ovšem tento výsledek vykládá jako zvládnutí situace a v užívání pokračuje. (Vaničková, E., 2003)

**Závislost** se projevuje totální ztrátou kontroly nad životem, droga už jedinci nic příznivého nedává. Závislý jedinec pozbývá svou důstojnost, přežívá v sebeklamu a nevnímá skutečnost, pozbývá chuť do života. (Vaničková, E., 2003)

**Odvykání** je pro závislého jedince po zbytek života zápas se závislostí. K zdárnému vývoji je nutná silná sociální podpora, pravá motivace, snaha, velmi vysoké osobní nasazení a vyrovnání se s faktem, že drogy vůbec brát začal. (Vaničková, E., 2003)

### **3.2 Závislost na alkoholu**

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se řadí závislosti do kategorie duševních poruch a poruch chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19). Závislost na alkoholu se řadí do kategorie F10 – poruchy vyvolané užíváním alkoholu.

V dnešní době, kdy se věková hranice konzumentů alkoholu neustále snižuje, získávají děti první zkušenosti s alkoholem (a stejně tak i s tabákem) zhruba mezi 11 – 13 rokem. Právě raný začátek užívání návykové látky je jedním z významných rizikových faktorů. (Csémy, 2005)

*„Pro populaci českých dětí je charakteristické, že konzistentně ve všech měřeních byla zjištěna nízká míra abstinence. Většina dětí i v nejnižší sledované věkové skupině (11. tj. žáci 5. tříd ZŠ) měla s alkoholem zkušenost. V tomto ohledu*

*se český vzorek odlišoval od naprosté většiny ostatních zemí, kde míra abstinence dětí byla vyšší. Tento poznatek lze chápat jako projev liberalizmu české společnosti vůči alkoholu.“ (Csémy, 2005, s 76)*

Užívání alkoholu, zejména u dětí do 15 let, je úzce provázáno s kulturou mládeže v jednotlivých zemích. Důvodů, proč je alkohol u mladých lidí tak populární, je několik. Snadná dostupnost, módní trendy, vliv průmyslu zábavy a volného času. Alkohol je společností obecně tolerován, z toho důvodu se zdá být méně nebezpečnou látkou, než jakou ve skutečnosti je. Pro většinu populace je legálně dostupný, u většiny prodejců není problém sehnat alkoholické nápoje, ani pro nezletilé. Alkohol tu byl odjakživa, má ve společnosti pevné místo a rozhodně ho nelze vymazat. Dalším důvodem, přispívajícím k popularizaci této látky, je v podstatě neměnné a snadno předvídatelné chování po požití. Návykový potenciál a rizika spojená s pravidelným užíváním alkoholu se však pohybují v rovině tvrdých drog.

### **3.2.1 Stádia závislosti**

Podle Jellínka (in Heller, Pecinovská, 2011) se vývoj závislosti dělí do čtyř stádií. Každé z nich se vyznačuje určitými příznaky.

**I. stádium: iniciální, počáteční** – budoucí pacient se během tohoto stádia neliší od svého okolí. Pouze konzument sám může tušit, že látku přijímá a užívá, aby potlačil nepříjemné psychické stavy či aby dosáhl příjemného stavu a nálady. Tento stav si však ani sám jedinec nemusí uvědomovat. Alkohol či jiná droga se velmi dobře osvědčuje jako kompenzace problémů, takže se konzument k jeho užívání uchyluje častěji. V případě alkoholu se v tomto období neobjevují zřetelné známky opilosti, adept závislosti získává pověst člověka, který „hodně snese“ a přitom na něm není nic vidět.

**II. stádium: prodromální, varovné** – v tomto období rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání libého pocitu musí konzument přijmout stále větší množství látky. Hladina alkoholu v krvi se stále více blíží úrovni, která se projevuje zřetelnou opilostí. K dosažení této hladiny musí jedinec vstřebat více návykové látky než jeho okolí, např. v případě alkoholu jedinec začíná

pít potají a získává tím oproti okolí náskok. Typický v této fázi je stud za své počínání. Adept na závislého se proto stává citlivým na jakoukoli zmínku o alkoholu či jiné droze. Nechtěné opilosti a tajné pití prohlubuje pocit viny.

Toto stádium je zároveň poslední hranicí řešit situaci a vyřešit původní problémy, které byly počátkem závislosti vyvolány. První a druhé stádium závislosti není ještě považováno za závislost v pravém slova smyslu, hovoříme o tzv. předchorobí. Vlastní nemoc začíná až ve stadiu třetím, jehož počátek je charakterizován vznikem „okének“ (jedinec se může díky maximálnímu psychickému vypětí i po menší dávce dostat do situace, při které si nepamatuje průběh intoxikace).

**III. stádium: krucální, rozhodné** – v tomto stadiu se již uživatel stává na látce závislým. Pacient považuje schopnost abstinence za důkaz silné vůle, kterou má, vždy začíná užívat látku s přesvědčením, že „odteď bude alkohol či jinou drogu zvládat.“ Dochází také ke stírání rozdílů mezi množstvím látky, kterou člověk považuje za příjemnou a za tou, při které již dochází např. k opilosti. V tomto stadiu také dochází k jevu, který nazýváme změna kontroly pití. Jediným řešením, jak se z této fáze dostat je nepozřít vůbec žádnou návykovou látku, na které může vzniknout závislost.

Velmi důležité je vyhledání odborné péče, specializované léčby, každá prodleva zde může způsobit nenapravitelné škody. Většina pacientů v tomto stadiu odbornou pomoc nevyhledá a látku užívá dál, proto je pro vývoj závislosti toto období rozhodujícím.

**IV. Stadium: terminální, konečné** – Závislý má potřebu konzumovat látku neustále. Stavy opilosti trvají i několik dní. Charakteristický znak pro toto období je nepříjemný stav po vystřízlivění, který pacient přebíjí další dávkou drogy. V tomto stadiu se již objevují různá orgánová poškození (jater, nervového systému, cév, duševní poruchy). Dochází k degradaci osobnosti, jedinou smysluplnou činností je získávání drogy, která je upřednostňovaná před základnějšími životními hodnotami. Nastupuje stav, kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou. Velmi často je až tento moment chvílí, kdy postižený hledá pomoc. (Heller, Pecinová, 1996)

### 3.2.2 Mladiství konzumenti

Jedno korejské přísloví praví: „*I vodu pij opatrně, dívá-li se na tebe dítě.*“ A přesto se velký počet dětí poprvé setká s touto návykovou látkou právě u svých rodičů či blízkých příbuzných. Nesmíme ale zapomínat na fakt, že tělo mladistvých konzumentů si s alkoholem nedokáže poradit stejným způsobem jako tělo dospělého. Náctiletí jsou ohroženi podstatně víc než dospělí jedinci. Velkou roli v účinnosti alkoholu hraje vývoj organismu. Mozek se v průběhu dospívání vyvíjí, a proto požívání alkoholu v tomto období může vést k nevratnému narušení funkce mozku. Poškození se nejčastěji týká oblasti paměti, motoriky a koordinace pohybu. „*Výzkum ukázal, že u mladistvých, kteří začnou pít před dosažením 15 let, je čtyřikrát vyšší riziko alkoholismu než u těch, kteří začali pít až po dosažení věku 21 let.*“ (<http://www.drogy.cz/alkohol/kap-mladistvi-versus-dospeli.html>)

Přihlédneme – li ke statistikám sledující úmrtnost po předávkování drogami, vychází jako nejčastější příčinou úmrtí mladistvých právě alkohol.

Zatímco pro dospělé slouží alkohol jako pomůcka na odbourání zábran, jako „lék na zlepšení nálady“, mladí lidé se k alkoholu uchylují především jako k pomůcce, která jim pomůže vyřešit jejich problémy nebo proto, aby „nevybočovali“ z davu. Velkou roli zde opět hrají vrstevnické skupiny, party, jejíž členové si zpříjemňují volný čas popíjením alkoholických nápojů a člověk, který vybočuje a nepije je cílem posměchu. Na druhou stranu se alkohol může stát i ochranným prostředkem pro děti trpící např. problémem v rodině. V takovéhle situaci se jedná o pomůcku úniku z vlastního života. Můžeme tedy říci, že pro některé náctileté představuje pití řešení problémů, kterým se nechtějí postavit tváří v tvář.

Z projektu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách vychází, že v České republice svou první sklenici piva vypilo 73% dětí do 13 let, první sklenici vína 59, 7% a první sklenku destilátu okusilo již 38% českých školáků.

### 3.2.3 Účinky alkoholu

*„Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití je považován za životabudič.“ (KOL. AUTORŮ sdružení SANANIM, 2007, s 139)*

Jeho účinky jsou patrné již v malém množství. Mění se rychlost reakcí, koordinace pohybu, úsudek či rozhodování, zároveň dochází ke zvýšení prahu bolesti, díky němuž může docházet k neúmyslným zraněním, jako jsou pády, popáleniny nebo například utonutí.

Co se týká působení alkoholu na psychickou sféru člověka, dochází k odstraňování zábran. To může vést ke vzrušeným emocionálním projevům a agresivitě, která může vést k surovým a krutým násilnickým činům. Lidé jsou pod vlivem alkoholu více společenští, někdy dochází ke zvýšení sebevědomí a agresivity. Při konzumaci většího množství alkoholu dochází k poruchám řeči, rovnováhy a ztrátě sebekontroly. V horších případech může dojít ke ztrátě vědomí či otravě alkoholem. (kol. autorů sdružení SANANIM, 2007)

### 3.2.4 Rizika

Užívání alkoholu je spojeno se závažnými riziky. U dětí často může dojít k otravě podstatně rychleji, než u dospělých jedinců. Bývá nejčastější příčinou úmrtí u dětí, u dospívajících je pak velmi nebezpečné jednání pod vlivem alkoholu, které má za následek úrazy, pády. S užíváním je spojeno somatické onemocnění. Při dlouhodobém užívání ve dráždivý účinek nápojů vést k poškození trávicího traktu (žaludku a střev). Dalším orgánem inklinujícím k onemocnění jsou játra, u nichž dochází k odumření buněk, a která následně nejsou schopná regenerace. Poškození může zasáhnout i srdeční oběh.

Fakt, který si mladí často neuvědomují, je rychlost rozvoje závislosti v období dospívání než v pozdějším věku. Dlouhodobé užívání alkoholu podporuje vznik psychických poruch a oslabení imunitního systému, neboli nižší odolnost vůči nemocem. (kol. autorů sdružení SANANIM, 2007)

### 3.3 Tabakismus

Nikotinová závislost je chronické onemocnění. Stupeň závislosti je důležitým údajem nejen pro odhad závažnosti abstinčních příznaků, ale i pro úspěšnost terapie, hlavně pro indikaci náhradní terapie. Odpověď na otázku, zda je člověk závislý na nikotinu, nám dají dvě klíčové otázky: kolik cigaret denně vykouří a zda si musí brzy po probuzení zapálit. Množství vykouřených cigaret se u dětí a dospělých liší (viz. tabulka č. 2)

Tabulka 3: Klasifikace kouření u dětí a dospělých

	dospělý	dítě do 16 let
<b>současný kuřák</b>	min. 1 cigareta denně	1 a více cigaret za týden
<b>příležitostný kuřák</b>	méně než 1 cigareta denně	méně než 1 cigareta týdně
<b>experimentující kuřák</b>	—	méně než 1 cigareta týdně, ale min. 1 cigareta za měsíc
<b>bývalý kuřák</b>	kouřil min 1 cigaretu denně po dobu delší než 6 měsíců, nyní více než 6 měsíců nekouří	kouřil občas, nyní min. 6 měsíců nekouřil
<b>nekuřák</b>	nikdy nekouřil po 1 a více cigaret za den po dobu delší než 6 po sobě jdoucích měsíců	nikdy nevykouřil celou cigaretu

Zdroj: Šmejkalová J. a kol, *Vybrané kapitoly z hygieny a preventivního lékařství, II. díl.*

V dětství cigarety obvykle představují „zakázané jablko“, symbol něčeho zakázaného a proto vzrušujícího, posléze se však stávají návykovou drogou.

*„Mládež, která začne s kouřením, velmi často přejde od cigaret ke kouření marihuany a pak i jiným silnějším drogám. Není to sice pravidlo, ale riziko, je zde nepochybně vyšší než u mládeže, která žije zdravým způsobem života.“* (Illes, 2002, s 12)

Motivaci kouření u mladistvých můžeme shrnout do dvou kategorií: napodobování dospělých a vrstevníků v období dospívání nebo kompenzace nejistot a jiných jevů doprovázejících pubertu. Lze tedy s jistotou říci, že kouřením mladí reagují na neúspěchy, anebo se upínají k méně hodnotným zálibám či méně kulturnímu životu. (Novák, 1980)

### 3.3.1 Kouření u dětí

Více než 80% dospělých kuřáků začalo kouřit v dětství nebo v raném dospívání. U těchto mladých kuřáků se objevují častější onemocnění respiračními infekcemi, chronické nachlazení a další.

*„Mladí lidé začínají kouřit z různých důvodů. Někteří proto, že si přejí vypadat nezávisle, jiní protože kouří jejich přátelé a oni nechtějí před nimi vypadat trapně. Další s tímto zlovykem začínají proto, že jim to rodiče zakazují („Zakázané ovoce nejlíp chutná“), nebo si berou za vzor kouřící populární osoby jako jsou herci, hudebníci, zpěváci apod. Velký vliv mají rodiče a především sourozenci, kteří kouří, a stejně tak mají vliv reklamy na tabákové výrobky.“* (Pešek, Nečesaná, 2008, s 9)

Dá se říci, že neexistuje jedna příčina, jde většinou o souhrn několika rizikových faktorů (vrstevníci, rodiče či sourozenci jsou kuřáci), snadná dostupnost, kterou mají „na starost“ nefunkční zákony v ČR, takže marže obchodníka je cennější než dětské zdraví, a reakce těla na vykouřenou cigaretu. Symbol cigarety se stává u mladých jedinců symbolem nezávislosti a utajovaného rituálu s vrstevníky. Bylo dokázáno, že děti ze striktně nekuřáckých rodin si jen málokdy vybírají přátele, kteří kouří. V opačném případě u dětí z rodin, v nichž jeden nebo oba rodiče kouří, si kouřící kamarády vybírají téměř pravidelně. (Pešek, Nečesaná, 2008)

Děti si bohužel neuvědomují závažnost experimentování s nikotinem, ani to, že se jedná o velmi návykovou látku. Značná většina se domnívá, že může přestat, kdykoliv bude chtít, ale přitom není schopna s kouřením přestat.

U adolescentů je klíčovým faktorem cena, kdyby krabička cigaret nestála zhruba 70,- Kč, ale například 200,-Kč, nebyla by tato droga pro jedince v nízkém věku tak snadno finančně dostupná.

### 3.3.2 Účinky

Nikotin je jeden z nejtoxičtějších jedů, který se při kouření uvolňuje do kouře a dostává se do organismu. Právě jedovatost této látky je přibližně stejná jako jedovatost kyanidu draselného (cyankáli). *„Četná zdravotní rizika nikotinu jsou dostatečně známa, a přece – zejména v ČR – užívá tuto zdánlivě nevinnou*



*drogu stále víc mladých lidí. A zarazějící je, že je mezi nimi stále více děvčat.*“ (Illes, 2002, s 12)

Právě obsah nikotinu v cigaretách je považován za příčinu závislosti na tabáku. Pro kuřáky jsou důležité především účinky nikotinu na lidský mozek, není to však jediný orgán, na který má nadměrné užívání nikotinu vliv. Látka se do krevního oběhu dostává dvěma způsoby – sliznicí ústní dutiny nebo z plic. První případ se týká těch, kteří upřednostňují doutníky a dýmky. Z plic se nikotin vstřebává těm, kteří dávají přednost cigaretě.

*„Nikotin se váže na nikotinové receptory a dráždí je. Váže se na ně v periferním vegetativním nervovém systému (vegetativní systém řídí vnitřní orgány). Zde vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu (vzestup produkce slin, trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny.). Stoupá také produkce potu a může dojít ke stažení zornice.“* (kol. autorů SANANIM, 2007, s 144)

Díky rychlému vstřebávání v plicních sklípcích nastupují výše zmíněné účinky krátce po užití. U nezkušených, jinými slovy nezávislých nebo netolerantních jedinců dochází k intoxikaci tabákem. Tato akutní otrava se projevuje bolestmi hlavy, studeným potem, pocitem závratě, nevolnostmi a zvracením. Tento stav bývá doprovázen zúžením zornic. Velmi vysoké dávky nikotinu v těle mohou způsobit změněný stav vědomí, cyanosy<sup>1</sup>, ztrátu vědomí či křeče. Při zvýšení tolerance, čili u pravidelných kuřáků, se příznaky typické pro akutní otravu objevují jen zřídka.

### **3.3.3 Rizika spojená s kouřením**

Tabák vyvolává velmi silnou závislost, která úzce souvisí se stylem užívání a návykem uživatelů. Patrně nejvýznamnější rizika jsou spojena s poškozením dýchacích cest plic. Mají za následek recidivující záněty horních cest dýchacích, zhoubné nádory (zejména plic), infarkty myokardu a nedostatečné zásobování dolních končetin krví při chůzi. Kouření má negativní vliv i na pleť obličeje a pokožku, která rychleji stárne. (kol. autorů SANANIM, 2007)

U žen a dívek dochází k poruchám menstruace, může být ohrožena plodnost, případně samotný plod, pokud žena kouří již v průběhu těhotenství. U

---

<sup>1</sup> Cyanosa = modrofialové zbarvení kůže, obvodových částí těla (rtů, tváří, konců prstů atp.) a někdy i sliznic, způsobené poruchami oběhu krve nebo jejího složení.

mužů dochází v důsledku nikotinu k poklesu potence. Rizika se však netýkají pouze aktivních kuřáků, ale i nekuřáků, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený cigaretovým kouřem, a stávají se tak pasivními kuřáky. „*Prvními oběťmi pasivního kouření jsou děti kuřáků, u nichž bylo prokázáno, že trpí častěji zánětem průdušek a dalšími respiračními chorobami.*“ (kol. autorů SANANIM, 2007, s 145)

### **3.4 Jak mluvit o problematice závislosti s dětmi**

První zásada, kterou by měli rodiče nebo učitelé v hovoru o alkoholu použít, je upřímnost. Na téma požívání alkoholu či kouření cigaret by neměly být udělovány lekce, ale naopak vhodnými způsoby navozeny diskuze, ve kterých dítě dostane prostor pro vyjádření svých názorů a zároveň vyslechnutí dobře míněných rad a informací od rodičů, případně učitelů. Velmi kladně působí podání dobrého příkladu, jakožto podložení tvrzení o škodlivosti těchto návykových látek.

Při každém hovoru, který se této problematice týká, je vhodné v dítěti podněcovat vědomí, že nepít a nekouřit není nic, za co by se měl člověk stydět. Děti by také měly být obeznámeny s tím, co dělat, když se jejich kamarád předávkuje alkoholem apod.

Pokud rodiče zaznamenají běžné příznaky narušení alkoholem (alkoholový zápach v dechu, cigaretový kouř na oblečení, ubývající alkoholické nápoje a cigarety doma, změny běžných návyků (např. zaspávání), špatná koordinace, ranní nevolnosti, bolesti hlavy, zažloutlé konečky prstů) měli by okamžitě vyhledat odborníka, protože problém týkající se užívání těchto látek dětmi není vůbec povrchní, jak se mnozí lidé domnívají. (Illes, 2002)

Ne nadarmo se tvrdí, že alkohol a cigarety se mohou stát vstupní branou pro opravdu těžkou drogovou závislost. Důvodem je pravděpodobně snadná dostupnost a tolerance společnosti vůči těmto látkám. Rodiče i učitelé by měli vyvinout co největší úsilí, aby u dětí první kontakt s výše zmíněnými látkami odsunuli na co nejpozdější dobu.

## 4 PREVENCE

Prevence je vždy nedílnou součástí péče, kterou poskytuje zdravotnický systém. Rozhodně se ale netýká jen zdravotnického systému, ale vždy celé společnosti. Je nutno ji realizovat ve všech etapách života, na všech stupních zdraví a nemocí. Efektivní prevence musí zasahovat do osobnosti jedince.

### 4.1 Typy prevence

V publikacích se často setkáváme s rozdělením prevence na primární, sekundární a terciární. (*Následující dělení podle knihy Závislost známá neznámá, Jiří Heller a kol., 1996*)

- 1) **Primární** – termín primární prevence můžeme aplikovat na zdravou populaci formou opatření, která předcházejí vzniku poruchového jevu. Postupy směřují k ochraně životního prostředí, zdravé výživě, fyzické aktivitě apod. Cílem je minimalizovat negativní dopad rizikového chování, jeho další šíření a v případě, že k problémům dojde oddálit je do co nejpozdějšího věku.
- 2) **Sekundární** – zahrnuje včasné vyhledání problémů a jeho léčbu. Sekundární prevence má zamezit problémům nebo je zmírnit. Brzké objevení signálů závislosti je základem pro účinnou léčbu. *„Je to snaha co nejdříve rozpoznat symptomy či lépe prodromy závislosti a co nejrychleji omezit a zmírnit následné škody v osobní a sociální oblasti při nadměrném užívání návykových látek.“* (Heller, Pecinová, 1996, s 150). Můžeme tedy říci, že sekundární prevence má za cíl podporu a pomoc k vedení smysluplného života a dosažení zdravého životního stylu.
- 3) **Terciální** – shrnuje preventivní opatření bránící návratu akutní fáze závislosti, podporuje léčbu, postupné odstraňování následků. Pro efektivní terciární prevenci je nezbytně nutné neustálé upevňování procesů získaných během terapie v rámci rodiny, školy (popřípadě zaměstnání) a volného času. Tento typ prevence podporuje návrat hodnotového systému a vytvoření aktivního způsobu života a sociální zodpovědnosti.

## 4.2 Možnosti prevence v rodině

Rodina je místo, ve kterém tráví dítě nejvíce času. S rostoucím věkem se děti osamostatňují, nicméně na 2. stupni ZŠ je rodina považována za místo, kde je dítě nejvíce formováno. Právě z tohoto působení, ať už úmyslného či bezděčného, musí jasně vyplývat, že nejsilnější prevence pramení z rodinného prostředí.

Nešpor ve své internetové publikaci *Alkohol a jiné návykové látky* radí rodičům, jak správně předcházet zneužívání alkoholu a tabákových výrobků:

Rodiče by měli s dítětem trávit každý den přiměřené množství času, měli by se naučit svému potomkovi naslouchat, snažit se porozumět tomu, co říká (a to nejen slovy, ale i např. tónem hlasu). Rodič by se měl zaměřit i na své vlastní reakce, některé odezvy si dítě může vyložit jako výsměch či odmítnutí. V neposlední řadě je velmi důležité podpora zdravého sebevědomí dítěte. Děti by měly být při vhodných příležitostech chváleny, přílišná a neustálá kritika vede ke sníženému sebevědomí, které se může stát jedním z motivů experimentů s alkoholem i jinými drogami.

## 4.3 Možnosti prevence ve třídě

Dle Mareše (1998) není učení ani chování žáků individuální záležitostí. Žáci jsou ovlivňováni prostředím, ve kterém se pohybují. Toto mikrosociální prostředí zahrnuje školu, kterou žák navštěvuje, a zejména pak samotnou školní třídu. Odborníci pracují s termínem „klíma“. To zahrnuje veškeré chování a reagování na to, co se ve třídě odehrává. Aktéři klimatu jsou učitelé, žáci, skupiny žáků, které se ve třídě vytvoří i žáci jakožto jednotlivci.

Čáp a Mareš (2007) nabízejí několik typů, pomocí kterých lze klíma ve třídě vylepšit. Na prvním místě jsou dobré vztahy mezi žáky. Učitel by měl organizovat i mimo třídní aktivity, které umožňují poznat učitele i spolužáky v jiném prostředí, než je školní třída., zařazovat do procesu výuky situace, kdy se žáci učí kooperovat než spolu soupeřit. Žáci by měli být prostřednictvím školy vedeni k tomu, aby se učili vhodným a adekvátním způsobem řešit mezilidské konflikty, naučit se vylučovat projevy agrese, šikanování a v neposlední řadě by od pedagogických pracovníků měli získávat informace ohledně návykových látek. Dalším prvkem je samotný zájem o průběh výuky. Vyučování, které je pro žáky

zajímavým a učí praktické aplikaci poznatků, nedává žákům tolik podnětů např. k záškoláctví.

Školní prostředí je, jak už bylo zmíněno výše, jedním z rizikových faktorů na rozvoj poruchového chování.

#### **4.4 Možnosti řešení problémového chování za přispění odborníků ve škole a dalších zařízení**

Nejen učitel a samotní žáci se mohou aktivně zapojovat do řešení problémového chování. Vojtová (in Vítková, 2003) říká, že škola užívá poradenské způsoby dvou úrovní: školní a třídní. Na třídní úroveň spadá zejména práce třídní učitele, který má na starost rozvoj každého ze svých žáků, předpokládá se, že právě třídní učitel má rozpoznat potíže žáka, pomoc se v nich orientovat a navrhnout řešení. Na školní úroveň se vztahuje činnost výchovného poradce, který má za úkol dohlížet na vnější vlivy působící na žáky. Jeho závěry bývají konzultovány a srovnávány se závěry třídních učitelů. Na základě zpráv třídního učitele a speciálního pedagoga je volen další směr zasahujících opatření. Mezi další odborníky patří speciální pedagog či školní psycholog. Hlavním úkolem obou je identifikace problémů žáka a jeho přímé vedení. Další osobou, která s učitelem spolupracuje, je školní metodik prevence, který má za úkol tvorbu a kontrolu realizace preventivního programu školy, řídí realizaci aktivit zaměřených na prevenci sociálně patologických jevů, připravuje podmínky pro integraci žáků se specifickými podmínkami apod.

Další možnosti, které lze využít při práci s dětmi trpících některou z poruch chování, nabízejí pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogické centra a střediska výchovné péče.

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

Dle vyhlášky č. č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních pedagogicko – psychologické poradny zajišťují psychologickou připravenost žáků na školní docházku, vydávají odborné posudky, provádí psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku, vypracovává odborné posudky aj. Velmi významnou činností tohoto zařízení je

poskytování poradenských služeb žákům, kteří se projevují zvýšeným rizikem školního neúspěchu nebo těm, kteří pochází ze sociálně slabého zázemí.

Školským zařízením poradny poskytují metodickou pomoc, zabezpečují prevenci sociálně patologických jevů, pomáhají provedení preventivních programů a koordinaci školních metodiků prevence.

Na tato zařízení se mohou obrátit nejen žáci a studenti, ale i jejich rodiny. Přímo v těchto centrech probíhá náprava některých poruch učení či chování. (Auger, 2005)

Rodičům i dětem jsou poskytovány terapie (individuální, rodinné či skupinové), konzultace, psychologické i pedagogické poradenství. Dítě má pak možnost navštívit sebezobčasná, rozvíjecí nebo podpurné skupiny, relaxační techniky, kurzy a podobně. (*Pedagogicko psychologická poradna Jihlava* [online])

Mezi hlavní činnosti pedagogicko-psychologických poraden patří:

- stanovuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na školní docházku a vydává o ní odborný posudek
- zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách
- umožňuje speciální vzdělávací potřeby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti
- poskytuje metodickou podporu škole
- zajišťuje prevenci sociálně rizikových jevů (Pešová, Šamalík, 2006)

#### **4.4.2 Speciálně pedagogické centrum**

Speciálně pedagogická centra jsou specializována pro práci s dětmi s určitým druhem omezení. Tyto centra poskytují služby speciálně pedagogického a pedagogicko-psychologického poradenství dětem a žákům s určitým typem postižení (zrakovým, sluchovým, s vadami řeči, tělesným postižením, mentálním postižením) nebo dětem s kombinací více vad. Stejně jako pedagogicko-psychologické poradny provádí i tato centra psychologickou a sociální diagnostiku žáků. Zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům centra poskytují konzultace, odborné informace a pomoc při vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením a při jejich integraci do společnosti. (Jedlička, 2004)

Mezi hlavní činnosti speciálně pedagogických center patří:

- poskytování poradenských služeb žákům se zdravotním postižením
- provádí diagnostiku a kontrolní diagnostiku v případech speciální individuální nebo skupinové péče, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen
- zajištění speciální připravenosti žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku
- zajištění speciálněpedagogické péče pro žáky s postižením, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky
- poskytuje metodickou podporu školám (Pešová, Šamalík, 2006)

*„Centrum navrhuje řediteli školy zařazení dítěte nebo žáka do příslušného typu školy, provádí speciální pedagogickou diagnostiku dětí se zdravotním postižením a vede jejich evidenci ve spádové oblasti, podílí se na zpracování individuálního programu či zpracovává odborné podklady ke kvalifikovanému stanovení optimální formy vzdělávání těžce mentálně postižených dětí po zápisu do školy.“ (Jedlička, 2004, s 287-288)*

#### **4.4.3 Středisko výchovné péče**

*„Středisko výchovné péče poskytuje ambulantní, celodenní nebo internátní všestranně preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc dětem a mládeži s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji žáků, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy jejich rodinám, resp. zařízením, která rodinu nahrazují.“ (Jedlička, 2004, s 289)*

V případech problémů v chování dětí, žáků, studentů se lze obracet na pedagogické pracovníky, speciální pedagogy a psychology, kteří poskytují systémovou práci, zabývají se preventivní, poradenskou, edukační a výchovnou činností, poskytují klientům speciální pedagogicko-psychologickou komplexní péči. Prostřednictvím tohoto typu zařízení je realizována ambulantní, celodenní či internátní všestranně preventivní výchovnou péči a psychologickou pomoc u dětí a mládeže propuštěných z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Na

rozdíl od předchozích zařízení probíhá výchovně-vzdělávací dohled po celých 24 hodin denně. Žáci navštěvují školní docházku v areálu budovy.

Hlavní náplní středisek výchovné péče je:

- spolupráce na zpracování plánů aktivit prevence sociálně patologických jevů a drogových závislostí
- zpracování posudků a odborných podkladů na vyžádání soudů, policie a orgánů právní ochrany
- zpracování podkladů potřebných k rozhodnutí o nařízení ústavní výchovy či ochranné výchovy (Jedlička, 2004)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍLE A HYPOTÉZY

### 5.1 Cíle práce

Hlavním cílem výzkumu diplomové práce bylo zmapování množství konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi na 2. stupni základních škol. Důraz byl kladen na její spojitost s pohlavím dítěte, věkem a také tím, zda dotazovaný žije ve městě nebo na vesnici.

#### Dílčími cíli práce bylo:

- zjistit, jaký typ alkoholických nápojů děti na ZŠ nejčastěji užívají
- zjistit, jakou formou zprostředkovávají vyučující žákům informace o návykových látkách.
- zjistit, zda žákům vyhovuje míra a způsob informací, které se jim škodlivosti návykových látek dostávají
- jak velký zájem mají žáci o informace týkajících se škodlivosti návykových látek

### 5.2 Stanovení hypotéz

Všechny uvedené hypotézy se vztahují ke konzumaci alkoholu a tabáku mezi mladistvými ve věku 11 – 16 let. Jsou stanoveny z hlediska věku, pohlaví, místa bydliště a školního prospěchu.

**Hypotéza 1:** Frekvence kouření je vyšší u chlapců, než u dívek.

**Hypotéza 2:** Frekvence konzumace alkoholu je vyšší u chlapců než u dívek

**Hypotéza 3:** Frekvence užívání návykových látek (alkoholu i cigaret) je vyšší pro dotazované, kteří žijí ve městech.

**Hypotéza 4:** Učitelé informují o návykových látkách častěji žáky ve věku 14 – 15 oproti žákům ve věku 11 – 13.

**Hypotéza 5:** Žáci ve věku 11 – 13 považují informace o návykových látkách jako více užitečné.

## 6 PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU

### 6.1 Charakteristika techniky šetření

Výzkum byl proveden pomocí kvantitativní metody s použitím techniky dotazníku. Dotazník byl převzat od Mgr. Ivy Hromířové, která ho použila ve své diplomové práci v roce 2012 na Masarykově univerzitě v Brně.

Respondenti odpovídali celkem na 12 otázek (viz. PŘÍLOHA 1). První tři otázky jsou úvodní a týkají se věku, pohlaví a bydliště, zbývajících devět otázek je zaměřeno na užívání alkoholických nápojů a nikotinu u žáků na 2. stupni základních škol.

Výzkumné šetření bylo realizováno na základě rozboru odpovědí z vyplněných dotazníků, které byly rozdány žákům šestého, sedmého, osmého a devátého ročníku základních škol a nižšího stupně gymnázia. Část dotazníků byla zadána autorkou osobně, druhou část si učitelé sami zadávali ve vhodných vyučovacích hodinách. Z tohoto důvodu mohlo při distribuci dotazníků dojít ke zkreslení dat.

Díky vstřícnému přístupu pedagogů na jednotlivých školách byly vyplněné dotazníky, které byly zadávány postupně v průběhu dubna a května 2013, vráceny během čtyř týdnů.

### 6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumu se zúčastnilo 90 mladších žáků ve věku 11 – 13 let a 130 starších ve věku 14 – 15 let, celkem tedy 220 respondentů. Jednalo se o žáky druhého stupně tří základních škol, jedné vesnické základní školy a studenty nižšího stupně gymnázia. Městské školy byly označeny jako „ZŠ MĚSTO 1, ZŠ MĚSTO 2, ZŠ MĚSTO 3, SŠ MĚSTO 1“, vesnická škola pak značkou ZŠ VESNICE 1. Vybrané školy navštěvují děti z Jihlavy a přilehlých vesnic.

Všichni zúčastnění mají přístup k různorodým mimoškolním a zájmovým aktivitám a k vhodnému využití volného času.

K charakteristice zkoumaného vzorku slouží odpovědi na úvodní otázky (pohlaví, věk a bydliště dítěte)

### **6.2.1 ZŠ MĚSTO 1**

Jedná se o velkou školu se sportovním zaměřením. V každém ročníku je otevřena jedna třída se zaměřením na fotbal a jedna třída se zaměřením na plavání.

K výzkumu byla vybrána fotbalová třída, což většinou znamená, že se jedná o prospěchově slabší děti a nedochází k pohlavní vyrovnanosti. Třídu navštěvuje 21 chlapců a pouze 9 dívek.

Co se týče věkové hranice zúčastněných, drtivě většině - osmnácti žákům, bylo v době výzkumu 11 – 13 let. Devět žáků spadá do věkové kategorie 14 – 15 a třem žákům bylo více než 15 let.

Jelikož se jedná o jednu z největších základních škol, která se v Jihlavě nachází, nepřekvapí nás, že dvacet tři žáků pochází z města a pouhých sedm dojíždí z přilehlých vesnic.

### **6.2.2 ZŠ MĚSTO 2**

Druhá škola, která byla zapojena do výzkumu je o poznání menší, než předchozí. Každý ročník nabízí jednu třídu, každou z nich navštěvuje asi 15 žáků. Právě z důvodu nízkého počtu dětí byl na této škole zmapován celý druhý stupeň – tzn. celkem 59 žáků. Jedenáct žáků bylo v době výzkumu nepřítomných, takže vzorek této základní školy čítá 48 dětí.

Výzkum byl proveden průřezově po druhém stupni, takže nelze s přesností odlišit jednotlivé školní třídy. Mohu tedy pouze říci, že na této škole se do mého zkoumání zapojilo dvacet dívek a dvacet osm chlapců.

Dvacet žáků spadá do věkové kategorie 11 – 13 let, osmnáct do kategorie 14 – 15 a zbývajícím deseti bylo v době výzkumu více než patnáct let.

Tuto instituci navštěvuje čtyřicet dětí z města a osm dojíždějících z venkova.

### **6.2.3 ZŠ MĚSTO 3**

Tato základní škola patří opět mezi větší městské školy. Výzkumu se účastnilo 18 dívek a 32 chlapců. Zkoumání probíhalo ve dvou třídách. Nejvíce zastoupená věková kategorie je v tomto případě 14-15 let, celkem dvacet devět žáků. Více než 15 let bylo v době výzkumu dvanácti dětem. Nejméně zastoupená skupina je 11-13 let, pouhých 9 dětí.

Zkoumané třídy navštěvuje čtyřicet dva dětí z města a osm dojíždí z blízkých vesnic.

### **6.2.4 ZŠ VESNICE 1**

Jedná se o poměrně malou, spádovou školu. Stejně jako u ZŠ MĚSTO 2 byl i na této škole zmapován celý druhý stupeň, který celkem navštěvuje 53 žáků. Devět žáků se výzkumu neúčastnilo z důvodu nepřítomnosti ve škole. Nedostatky se objevily nejen v odpovědích na otázky týkajících se alkoholu a kouření, ale již v osobních otázkách zaměřených na pohlaví a věk.

Výzkumu se zúčastnilo osmnáct dívek a dvacet čtyři chlapců. Nejvíce obsazenou věkovou kategorií jsou žáci mezi 11 – 13 rokem – celkem dvacet žáků, ve skupině 14 – 15 bylo zaznamenáno čtrnáct zástupců a v poslední kategorii pouhých osm.

Žádné z dětí do školy nedojíždí z města.

### **6.2.5 SŠ MĚSTO 1**

Vzorek této školy se skládá ze dvou tříd, 1A8 a 4a8 (v podstatě se jedná o věkovou hranici, která odpovídá 6 a 9 třídě základních škol). Výzkumu se účastnilo padesát studentů – z toho dvacet čtyři dívek a dvacet šest chlapců.

Podíváme-li se na věkové kategorie studentů, spadá do nejnižší kategorie dvacet tři dětí, sedmnáct studentů se pohybuje v rozmezí čtrnáctého a patnáctého roku a deset již přesáhlo patnáctý rok života.

Místa bydliště byla na této škole poměrně vyrovnaná, nicméně více ze zkoumaných studentů pochází z města, čtyřicet tři dětí, z vesnic jich dojíždí sedm.

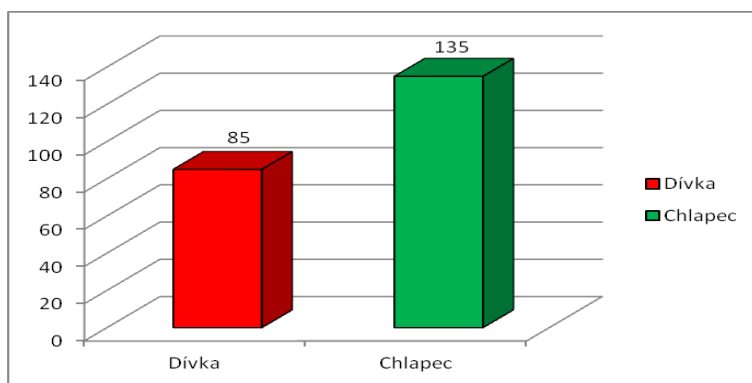
### 6.3 Výsledky výzkumného šetření

Dotazník byl vytvořen třemi úvodními otázkami, které byly vyhodnoceny v rámci výše uvedené charakteristiky výzkumného vzorku. Ze zbývajících deseti otázek vyplývají následující výsledky. Jsou uvedeny slovně a pro lepší názornost doplněny tabulkami a grafy.

**Otázka číslo 1** zjišťovala **pohlaví** respondentů.

Výzkumu se účastnilo 85 dívek a 135 chlapců. Rozdělení na chlapce a dívky bylo třeba pro některé hypotézy.

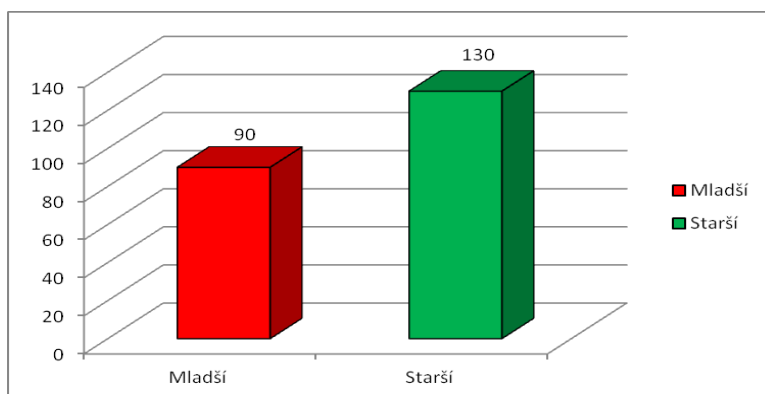
**Graf 1 – Pohlaví respondentů**



**Otázka číslo 2** udává informace o **věku** dotazovaných.

Ačkoliv v dotazníku žáci vybírali ze tří možností, pro přehlednost při vyhodnocení šetření byli žáci rozděleni do dvou skupin: mladší ve věku 11 – 13 let a starší ve věku 14 – x.

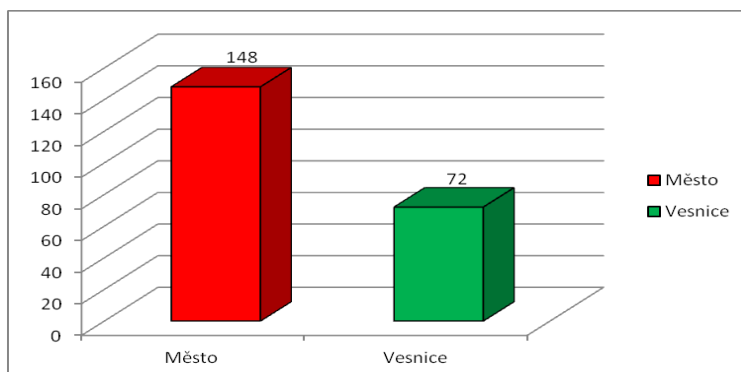
**Graf 2 – Věk dotazovaných**



**Otázka číslo 3** mapovala **místo bydliště** dotazovaných dětí.

Ze zkoumaného vzorku navštěvuje vybrané školy 148 dětí z města. Z vesnic jich dojíždí 72.

**Graf 3 – Bydliště dětí**



Výše uvedených grafů 1 – 3 vyplývá, že došlo k nerovnoměrnému rozdělení zkoumaného vzorku. Tento fakt může způsobit nepřesný výsledek v hodnocení.

**Otázka číslo 4** se zabývala zkoušením kouření.

**Tabulka 4 – Zkoušení kouření**

<i>Celkem</i> <i>n = 220</i>	<i>zkoušelo kouřit</i>	<i>nikdy nekouřilo</i>
Absolutní počet	113	107
Relativní počet	51%	49%

Z výsledků je jasné, že počet experimentujících s cigaretami a těch, kteří touto drogou prozatím zkušenost nemají, je poměrně vyrovnaný. V této tabulce jsou zaneseni všichni respondenti bez ohledu na věk, pohlaví či bydliště.

**Tabulka 5 – Zkoušení kouření podle různých hledisek**

<i>Kouřilo</i> <i>n = 113</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs. počet	30	83	79	34
Rel. počet	27%	73%	71%	29%
<i>Nekouřilo</i> <i>n = 107</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs. počet	59	47	67	42
Rel. počet	56%	44%	61%	39%

Tabulka č. 5 vychází z výsledků zjištěných výše (viz. tabulka 4). Děti, které již někdy kouřit zkusily i ty, které nekouřily nikdy, jsou zde rozděleny do skupin dle věku (mladší ve věku 11 – 13 let a starší ve věku 14 – 15 let), a dle místa bydliště.

**Otázka číslo 5** se týkala frekvence kouření v současné době.

**Tabulka 6: Frekvence kouření v současnosti**

<i>Celkem n = 113</i>	<i>vůbec nekouří</i>	<i>občas 1 cigaretu</i>	<i>obč. 2 a více cig.</i>	<i>týdně 1 a více cig</i>	<i>každodenně 1 cigaretu</i>	<i>každ. 2 a více cig.</i>
Abs. počet	68	24	8	3	0	10
Rel. počet	60%	21%	7%	3%	0%	9%

Otázka týkající se frekvence kouření obsahovala šest možností, které byly zaneseny do této tabulky. Počítáme zde pouze s dětmi, které již někdy zkoušely kouřit, a to bez ohledu na věk, pohlaví či bydliště.

**68 dětí nekouří vůbec.**

**Tabulka 7: Frekvence kouření v současnosti**

<i>n = 68</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	17	51	50	18
Rel.počet	25%	75%	74%	15%

**24 dětí vykouří občas jednu cigaretu.**

**Tabulka 8: Frekvence kouření v současnosti**

<i>n = 24</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	10	14	17	7
Rel.počet	42%	58%	71%	29%

**8 dětí vykouří občas dvě a více cigaret.**

**Tabulka 9: Frekvence kouření v současnosti**

<i>n = 8</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	3	5	5	3
Rel.počet	38%	62 %	62%	38%

3 děti vykouří **jednu a více cigaret týdně.**

**Tabulka 10: Frekvence kouření v současnosti**

<i>n = 3</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	0	3	3	0
Rel.počet	0%	100%	100%	0%

Žádné z dětí nekouří **každodenně jednu cigaretu.**

**Tabulka 11: Frekvence kouření v současnosti**

<i>n = 0</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	0	0	0	0
Rel.počet	0%	0%	0%	0%

10 dětí kouří **každodenně dvě a více cigaret.**

**Tabulka 12 : Frekvence kouření v současnosti**

<i>n = 10</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	1	9	7	3
Rel.počet	10%	90%	70%	30%

Ve výše uvedených tabulkách (viz. tab. 7 – 12) byly děti rozděleny dle toho, kolik cigaret a s jakou frekvencí vykouří. Stále pracujeme pouze s dětmi, které již cigaretu zkusily. Žáci jsou rozděleni dle věku a místa bydliště.

**Otázka číslo 6 zjišťovala, zda děti zkoušely pít alkohol.**

**Tabulka 13: Konzumace alkoholu**

<i>Celkem</i>	<i>n = 220</i>	<i>pilo alkohol</i>	<i>nikdy nepilo alkohol</i>
Absolutní počet		186	34
Relativní počet		85%	15%

Tato otázka se týkala celého zkoumaného vzorku, tedy 220 dětí. Na první pohled nás upoutá výrazný rozdíl mezi žáky, kteří někdy okusili alkoholický nápoj a těch, kteří se nikdy žádného alk. nápoje nenapili.



**Tabulka 14: Konzumace alkoholu podle různých typů třídění**

<i>Pilo alk. n = 186</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	75	111	120	66
Rel.počet	40%	60%	65%	35%
<i>Alk.nepilo n = 34</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	18	16	24	10
Rel.počet	53%	47%	71%	29%

Děti, které ochutnaly alkoholický nápoj, i děti, které zatím alkohol neokusily, byly rozděleny do skupin podle věku a místa bydliště.

Otázka číslo 7 se týkala frekvence konzumace alkoholu v současné době.

**Tabulka 15: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti**

<i>Celkem n = 186</i>	<i>alkohol nepije</i>	<i>pije alkohol 1- 2x ročně</i>	<i>pije alkohol 1x za měsíc</i>	<i>pije alkohol 1x za týden</i>	<i>pije alkohol častěji</i>
Abs.počet	68	79	44	18	4
Rel.počet	32%	37%	21%	8%	2%

68 dětí nepije alkohol vůbec.

**Tabulka 16: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti**

<i>n = 68</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	33	35	44	24
Rel.počet	49%	51%	65%	35%

79 dětí se alkoholu napije 1-2krát za rok.

**Tabulka 17: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti**

<i>n = 79</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	31	48	57	22
Rel.počet	39%	61%	72%	28%

44 dětí pije alkohol 1krát za měsíc.

**Tabulka 18: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti**

<i>n = 44</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	20	24	24	20
Rel.počet	45%	55%	55%	45%

18 dětí pije alkohol 1krát za týden.

**Tabulka 19: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti**

<i>n = 18</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	2	16	13	5
Rel.počet	11%	89%	72%	28%

4 děti pijí alkohol častěji.

**Tabulka 20: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti**

<i>n = 4</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	0	4	3	1
Rel.počet	0%	100%	75%	25%

Tabulky č. 15 – 20 obsahují dělení nejen těch dětí, které alkoholické nápoje pouze okusily, ale i těch, které je v současné době stále pijí. Stejně jako u otázek týkajících se kouření, proběhlo i zde rozdělení na mladší a starší žáky a děti z města a vesnice.

**Otázka číslo 8 se vztahovala k preferovanému druhu alkoholických nápojů.**

**Tabulka 21: Preference druhu alkoholických nápojů**

<i>n = 155</i>	<i>pivo</i>	<i>víno</i>	<i>destiláty</i>	<i>kombinace různých druhů</i>
Abs.počet	93	28	34	17
Rel.počet	60%	18%	22%	11%

Tato tabulka je od ostatních odlišná. Jsou v ní zahrnuty pouze děti, které někdy alkoholický nápoj požily, nicméně někteří na otázku neodpověděli vůbec a někteří i přesto, že měli vybírat pouze jednu možnost, vybrali více druhů alkoholu. K tomuto faktu mohla přispět odlišná distribuce dotazníků. Není zde ovšem zaručeno, že ze strany zadávajících učitelů došlo ke správné interpretaci při

zadávání dotazníků. Tento fakt ovšem nebyl na škodu, a proto byl započítán do výsledku testu.

Není nijak překvapivé, že nejoblíbenějším alkoholickým nápojem u dětí na 2. stupni ZŠ je pivo. Příčinou je možná snadná dostupnost a relativně nízká cena.

**Otázka číslo 9** zjišťovala, jak často učitelé s žáky **komunikují** o škodlivosti užívání návykových látek.

**Tabulka 22: Komunikace se žáky o škodlivosti náv. látek**

Celkem	n = 220	<i>nikdy</i>	<i>jen málokdy</i>	<i>často</i>
Abs.počet		23	145	52
Rel.počet		10%	66%	24%

**Tabulka 23: Komunikace se s mladšími žáky o škodlivosti náv. látek**

Celkem	n = 90	<i>nikdy</i>	<i>jen málokdy</i>	<i>často</i>
Abs.počet		7	76	7
Rel.počet		8%	84%	8%

**Tabulka 24: Komunikace se staršími žáky o škodlivosti náv. látek**

Celkem	n = 130	<i>nikdy</i>	<i>jen málokdy</i>	<i>často</i>
Abs.počet		45	69	16
Rel.počet		35%	53%	12%

Tato otázka byla založena na subjektivním vnímání jednotlivých žáků. Zahrnuti byli všichni účastníci výzkumu. Zajímavé je, že v několika případech odpovídaly děti z jedné třídy, že s nimi učitelé o problematice návykových látek hovoří „*nikdy*“, ale i „*často*“.

**Otázka číslo 10** se týkala **způsobu provádění prevence** ve škole.

**Tabulka 23: Způsob prevence ve škole**

Celkem	n = 220	<i>pouze výklad</i>	<i>výklad a diskuse</i>	<i>výklad, diskuse, přizvání odborníci, lidé s os. zkušeností</i>
Abs.počet		50	135	35
Rel.počet		28%	61%	16%

V otázce č. 10 žáci vybírali metody, pomocí kterých jim učitelé zprostředkovávají informace týkající se návykových látek. Ke způsobu prevence se později ještě vrátíme, protože jedna ze stanovených hypotéz se právě způsobem, jakým jsou žákům poskytovány informace, zabývá.

**Otázka číslo 11** se věnovala osobnímu **pocitu dostatečnosti** získávaných informací o škodlivosti návykového chování.

**Tabulka 24: Pocit dostatečnosti získávaných informací**

<i>Skupina</i>	<i>dostatečné inf.</i>	<i>více informací od vyučujících</i>	<i>více informací i od odborníků a lidí s vlastní zkušeností</i>
Celkem n = <b>220</b>	160	30	30
Mladší n = 90	58	17	15
Starší n = 130	102	13	15

Stejně jako předchozí otázka i tato zahrnovala celý vzorek respondentů bez ohledu na pohlaví či místo bydliště. Na rozdíl od otázky č. 10 byli žáci v tuto chvíli rozděleni do skupin dle věku. Při pohledu na tabulku je patrné, že výrazná většina dotazovaných považuje informace ohledně návykového chování, se kterými se setkávají ve školách, za dostatečné.

**Otázka číslo 12** měla zjistit **názor dětí** - co pro ně získané informace o škodlivosti užívání návykových látek znamenají a jak jejich percepce tuto problematiku ovlivňuje.

**Tabulka 25: Vliv získávaných informací na žáky**

<i>Skupina</i>	<i>chtějí se řídit podle inf.</i>	<i>problematika se jich netýká</i>	<i>věří jen části inf., přehánějí</i>	<i>vůbec nevěří získaným inf.</i>
Celkem n= <b>220</b>	102	85	26	7
Mladší n= 90	35	41	11	3
Starší n= 130	67	44	15	4

Opět pracujeme s celým vzorkem dotazovaných, který byl pro tuto otázku rozdělen podle věku. I v této otázce se zabýváme subjektivním přístupem jednotlivých žáků.

## 6.4 Celkové shrnutí výzkumu

Z důvodu lepší přehlednosti byly některé odpovědi týkající se četnosti kouření spojeny. Pod možností *kouří občas* jsou zahrnuty odpovědi: *kouřím občas jednu cigaretu a kouřím občas dvě a více cigaret*. Spojeny byly také možnosti týkající se každodenních kuřáků. Odpovědi respondentů, kteří zvolili variantu, že kouří každodenně *jednu nebo dvě a více cigaret* jsou zaznamenány, jako *kouří každodenně*.

Pro celý zkoumaný vzorek platí, že zkušenost s kouřením má 51% (113 dětí). Přičemž 60% (68 dětí) si kouření pouze zkusilo a nyní nekouří vůbec, 31% (35 dětí) kouří občas jednu nebo více cigaret a 9% (10 dětí) kouří každodenně jednu nebo více cigaret.

Zkušenost s alkoholem má 85% (186 dětí) ze všech dotazovaných. V současné době alkoholické nápoje nepije 32% (68 dětí), 1 – 2x ročně si při rodinných oslavách nebo jiných slavnostních příležitostech dá 37% (79 dětí), alespoň jedenkrát měsíčně alkohol požívá 21% (44 dětí) a častěji, v rozmezí dnů a týdnů, alkoholické nápoje konzumuje 10% (22 dětí).

Nejužívanějším alkoholickým nápojem u dětí je pivo, pije ho 60% (93 dětí) z těch, co alkohol zkusilo, 22% (34 dětí) pije tvrdý alkohol a 18% (28 dětí) pije víno. 11% respondentů (17 dětí) odpovědělo, že alkoholické nápoje kombinuje.

66% (145 dětí) uvádí, že o škodlivosti užívání alkoholu, nikotinu a dalších návykových látek s nimi vyučující hovoří jen málokdy, nejčastější způsob, kterým jim učitelé informace podávají je výklad a následná diskuse se žáky, tuto možnost zvolila valná většina dotazovaných – 61% (135 dětí).

Pro 73% (160 dětí) jsou informace získané ve škole dostatečné, 14% (30 dětí) by se rádo dozvíдалo více od učitele a 13% (30 dětí) by uvítalo přednášky od odborníků a lidí, kteří mají se závislostí vlastní zkušenost.

46% (102 dětí) považuje získané informace za zajímavé a poučné a chce se jimi řídit, 38% (85 dětí) jim věří, ale má pocit, že se jich netýkají, 12% (26 dětí) se domnívá, že jsou informace přehnané a věří jen části z nich a 3% (7 dětí) nevěří, že by užívání návykových látek nějak škodilo jejich zdraví.

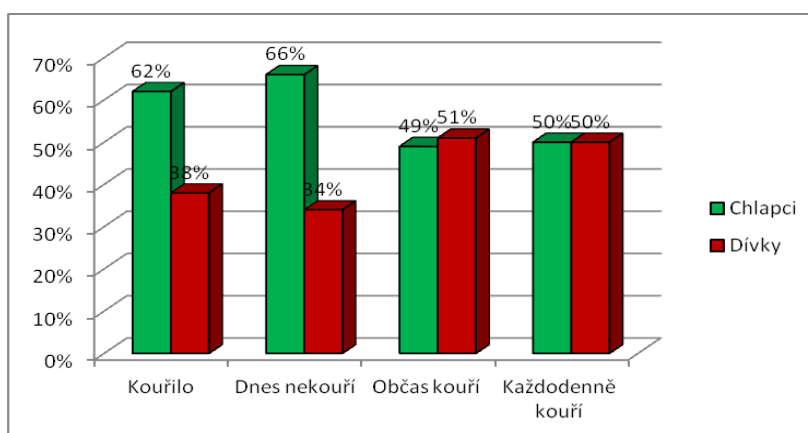
## 6.5 Hypotézy a jejich analýza

### Hypotéza 1: Frekvence kouření je vyšší u chlapců, než u dívek.

113 dětí odpovědělo, že zkoušely kouřit. Jedná se o 62% chlapců a 38% dívek. V současné době v kouření nepokračuje 68 dětí, a sice 66% chlapců a 34% dívek.

Do skupiny „občasný kuřák“ díky svým odpovědím spadá 35 dětí, z toho 49% chlapců a 51% dívek. Každodenně kouří 10 dětí (11%) – jedná se o 50% chlapců a 50% dívek.

Graf 4 – Hypotéza č. 1

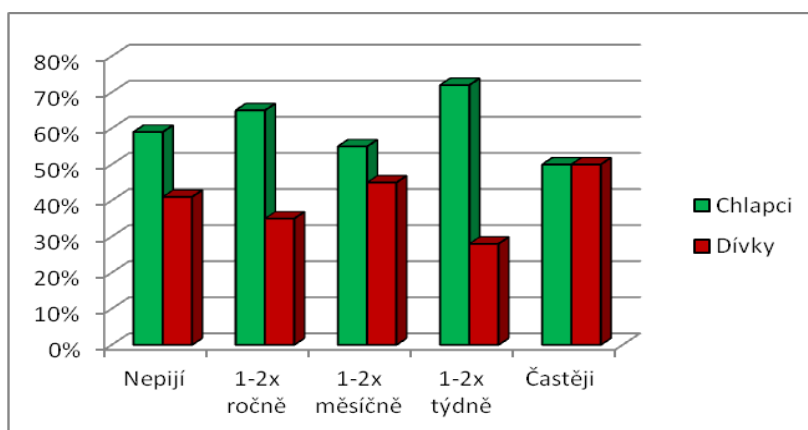


Hypotéza č. 1 se nepotvrdila, protože rozdíl mezi získanými daty není statisticky významný.

### Hypotéza 2: Frekvence konzumace alkoholu je vyšší u chlapců než u dívek

Z celkového počtu odpovědělo 186 dětí, že již ochutnalo nějaký alkoholický nápoj. Z toho 61% chlapců a 39% dívek. 68 dětí alkohol pouze ochutnalo a v jeho konzumaci v současné době nepokračuje, jedná se o 28 dívek (41%) a 40 chlapců (59%). 79 dětí se alkoholických nápojů napije 1-2 krát za rok. V tomto počtu je započítáno 51 chlapců (65%) a 28 dívek (35%). 44 dětí pije alkohol 1-2 krát za měsíc, jedná se o 24 chlapců (55%) a 20 dívek (45%). 1-2 krát za týden pije alkoholické nápoje 18 dětí – 13 chlapců (72%) a 5 dívek (28%). Častěji alkohol požívají 4 děti – 2 chlapci a 2 dívky.

**Graf 5 – Hypotéza č. 2**



Hypotéza č. 2 se potvrdila.

**Hypotéza 3: Frekvence užívání návykových látek (alkoholu i cigaret) je vyšší u dotazovaných, kteří žijí ve městech než u těch, kteří žijí na vesnicích.**

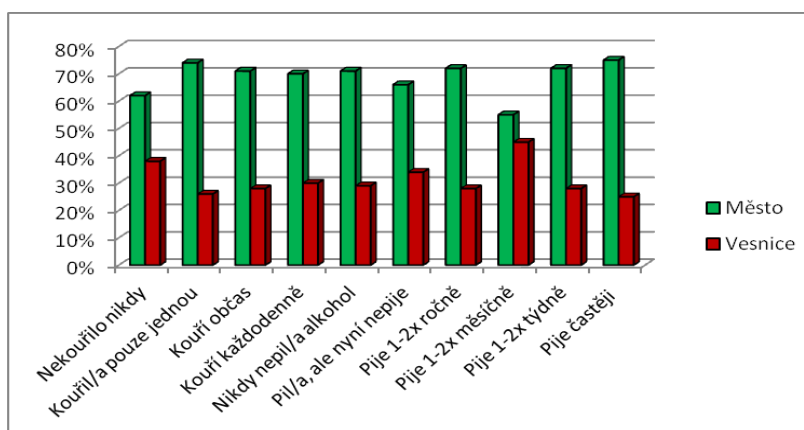
107 dětí ze všech dotazovaných odpovědělo, že nikdy nekouřilo. Z tohoto počtu bylo 62% (66 dětí) z města a 38% (41 dětí) z vesnice. 68 dětí v minulosti kouřilo, ale nyní nekouří, jedná se o 74% (50 dětí) z měst a 26% (18 dětí) z vesnic. Z 35 dětí, které kouří občas, se řadí 71% (25 žáků) městských dětí a 28% (10 žáků) dětí z města. 10 dětí zvolilo možnost, že kouří každodenně. Z toho 70% (7 dětí) z města a 30% (3 děti) z vesnice.

Z těchto dat je patrné, že ve všech skupinách je dosaženo vyšších výsledků u dětí z měst.

Co se týče pití alkoholu, zvolilo 34 dětí možnost, že nikdy alkohol nepilo. Jednalo se o 71% (24 žáků) dětí z měst a 29% (19 žáků) z vesnice. Alkoholický nápoj okusilo, ale v konzumaci dále nepokračuje 41 dětí, 66% (27 dětí) žije ve městě a 34% (14 dětí) na vesnici. 79 dětí pije alkoholické nápoje 1-2x ročně – 72% (57 dětí) pochází z měst a 28% (22 dětí) z vesnic. 1-2x měsíčně pije 44 dotazovaných, 55% (24 dětí) žije ve městě a 45% (20 dětí) na vesnici. 18 dětí konzumuje alkoholické nápoje 1-2x týdně. 72% (13 dětí) žije ve městě a 28% (5 dětí) na vesnici. Častěji, než 1-2x týdně pijí 4 děti, 75% (3 děti) z měst, 25% (1 dítě) na vesnici.

I v tomto případě se potvrdilo, že děti z měst pijí alkoholické nápoje více, než děti z vesnice.

**Graf 6 – Hypotéza č. 3**



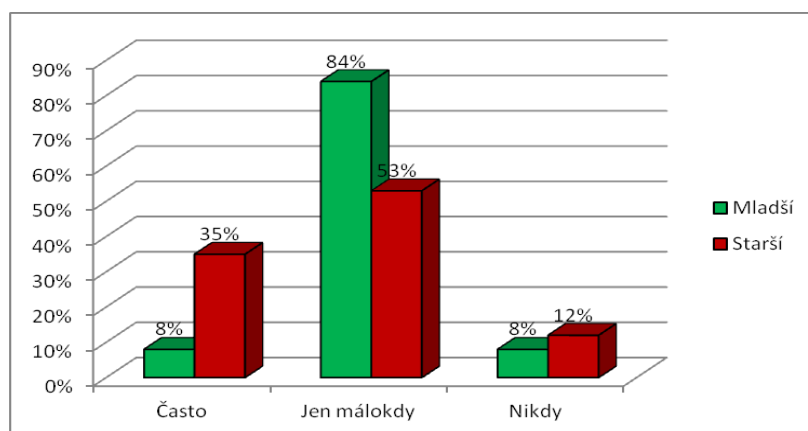
Hypotéza 3 se potvrdila.

**Hypotéza 4: Učitelé informují o návykových látkách častěji žáky ve věku 14 – 15 oproti žákům ve věku 11 – 13.**

V mladší věkové kategorii odpovědělo 8% respondentů (7 žáků), že s nimi učitelé probírají problematiku často. Variantu „jen málokdy“ zvolilo 84% dotazovaných (76 dětí). S 8% dětí (7 dětí) učitelé o tomto tématu nemluví nikdy.

U dětí ve věku 14 – 15 let zvolilo možnost „často“ 35% (45 dětí). Jen málokdy mluví o tematicke alkoholu, kouření a dalších drog s 53% žáků (69 dětí) Nikdy nemluví učitelé s 12% respondentů (16 dětí).

**Graf 7 – Hypotéza č. 4**



Hypotéza č. 4 se potvrdila.



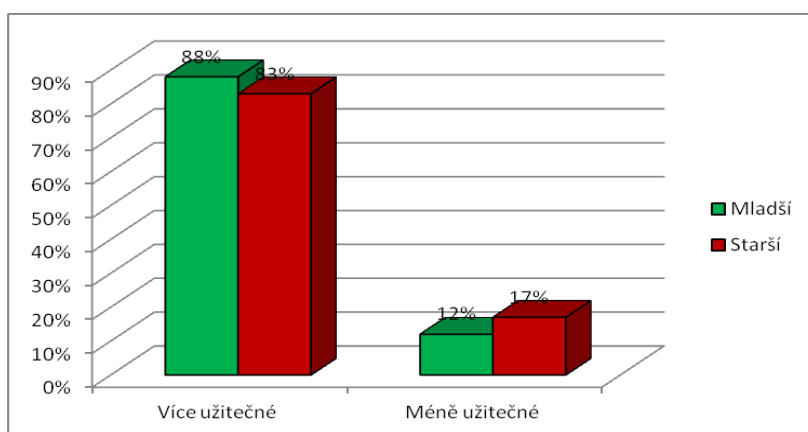
**Hypotéza č. 5: Žáci ve věku 11 – 13 považují informace o návykových látkách jako více užitečné.**

Pro lepší přehlednost byly možnosti rozděleny do dvou skupin. Jako více užitečné jsou považovány varianty a) (*jsou pro mne zajímavé a poučné, chci se podle nich řídit*) a b) (*jsou sice poučné a věřím jim, ale mne se netýkají*). Za méně užitečné pak možnosti c) (*jsou přehnané a věřím jen části z nich*) a d) (*nevěřím, že by užívání návykových látek škodilo mému zdraví*)

U dětí ve věkové kategorii 11 – 13 let byly odpovědi zvoleny následovně: 42% (35 dětí) odpovědělo, že považuje informace za zajímavé a poučné, 46% (41 dětí) informace o návykových látkách sice považuje za poučné, ale zároveň si myslí, že se jeho osoby netýkají. **88% tedy spadá do skupiny těch, kteří považují informace za užitečné.** 10% (11 dětí) považuje získané informace za přehnané a 2% (3 děti) nevěří, že by užívání látek nějak ohrozilo jejich zdraví.

Ze starších dětí odpovědělo 50% (67 dětí), že informace považuje za zajímavé a poučné, 33% (44 dětí) si myslí, že informace jsou sice poučné, věří jim, ale jeho osoby se netýkají. **Můžeme tedy říci, že 83% respondentů ve věku 14 – 15 let považuje informace týkající se návykového chování za užitečné.** 13% (15 dětí) se domnívá, že poučení ze strany učitelů i odborníků je přehnané a 4% (4 děti) informacím nevěří vůbec.

**Graf 8 – Hypotéza č. 5**



Hypotéza č. 5 nebyla potvrzena, jelikož odchylka mezi oběma skupinami není statisticky významná.

## 7 DISKUSE

Hlavním cílem práce bylo zmapování frekvence užívání návykových látek (alkoholických nápojů a cigaret) mezi dětmi na základních školách a nižším stupni gymnázia. Dále nás zajímalo jakým způsobem a v jaké míře učitelé zprostředkovávají svým žákům informace, které se návykových látek týkají.

Díličními cíle práce bylo zjištění nejpobulárnějšího alkoholického nápoje u dětí na základních školách, jak velký zájem mají žáci o informace týkající se alkoholu a kouření.

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum, konkrétně technika dotazníku a zúčastnilo se jej celkem 220 respondentů ze škol v Jihlavě a okolí. Dotazovaní byli rozděleni na dvě věkové kategorie – mladší (11 – 13 let) a starší (14 – 15 let), chlapce, dívky, děti žijící ve městě a děti z vesnice. Jelikož byli respondenti zvoleni náhodně, došlo k nepoměru ve věku i pohlaví. Tento fakt mohl ovlivnit výsledky celého šetření.

Z celého vzorku zkoušelo kouřit přes 50% dětí, přičemž 31% v kouření stále pokračuje. Alkohol ochutnalo 85% dotazovaných. 53% dětí v pití alkoholu v současnosti pokračuje. Nejčastěji užívaným alkoholickým nápojem u žáků je pivo, které pije 60% z těch, kteří alkoholické nápoje konzumují.

Otázka zabývající se mírou užitečnosti získaných informací ohledně drog byla pro lepší přehlednost rozdělena do dvou skupin – odpověď, že informace jsou zajímavé a poučené byla sloučena s variantou, ve které děti odpovídaly, že informacím věří, ale jich netýkají se jich, a souhrnně označena jako *více užitečná*. Možnost, že informace jsou přehnané nebo že jim žáci vůbec nevěří, pak byly označeny jako *méně užitečné*. V této otázce došlo ke srovnání dětí v obou věkových kategoriích. Zjistili jsme, že věk není ve vnímání míry užitečnosti získávaných informací důležitým prvkem.

Jako nejrizikovější skupina se jeví skupina starších chlapců žijících ve městě – a to jak v konzumaci alkoholu, tak v četnosti kouření.

Zjištěné výsledky byly porovnány s výsledky Mgr. Ivy Hromířové, která totožný dotazník použila v roce 2012 v Brně, a s výsledky z Velké Británie, kde proběhlo podobné zkoumání v roce 2011.

**Tabulka 26 - Výzkum 2012:**

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 518</i>	<i>chlapci n = 280</i>	<i>dívky n = 238</i>	<i>z města n = 312</i>	<i>z vesnice n = 206</i>
Nikdy nekouřilo	45%	49%	51%	62%	38%
Cig. jen zkusilo	78%	52%	48%	61%	39%
Kouří občas	62%	62%	38%	60%	40%
Kouří denně	14%	63%	37%	50%	50%
Alkohol nepilo	9%	48%	52%	54%	46%
Alk. Jen zkusilo	21%	48%	52%	59%	41%
Alk. 1-2 ročně	51%	51%	49%	59%	41%
Alk. 1 m. a část.	65%	65%	35%	62%	38%

Zdroj: Výsledky zjištěné Mgr. Ivou Hromířovou

**Tabulka 27 – Výzkum 2013**

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 220</i>	<i>chlapci n = 135</i>	<i>dívky n = 85</i>	<i>z města n = 148</i>	<i>z vesnice n = 72</i>
Nikdy nekouřilo	49%	61%	39%	61%	39%
Cig. jen zkusilo	60%	66%	34%	74%	15%
Kouří občas	31%	49%	51%	71%	29%
Kouří denně	9%	50%	50%	70%	30%
Alkohol nepilo	15%	56%	44%	71%	29%
Alk. Jen zkusilo	32%	59%	41%	65%	35%
Alk. 1-2 ročně	37%	65%	35%	72%	28%
Alk. 1 m. a část.	31%	59%	41%	61%	39%

Z výše uvedených tabulek je patrné, že k nejvýraznějšímu poklesu došlo u občasných kuřáků a v případě užívání alkoholických nápojů 1x měsíčně a častěji. V těchto případech se v porovnání s výsledky z roku 2013 počet snížil na polovinu. Zhruba 15% pokles byl zaznamenán u dětí, kteří v současné době nekouří, ale cigaretu již zkusily. V případě alkoholu pak u těch, kteří pijí 1x – 2x ročně. Pětiprocentní pokles zaznamenali každodenní kuřáci. Mírného nárůstu (zhruba 5%) bylo dosaženo u žáků, kteří nikdy nekouřili i u těch, kteří nikdy nepili alkohol. Nárůst vyšší než 10% byl zaznamenán u těch, kteří alkohol zkusili, ale v pití nepokračují.

Mezi chlapci došlo v roce 2013 k průměrně 12% nárůstu u těch, kteří nikdy nekouřili, cigaretu pouze zkusilo, alkohol nepilo, alkohol jen zkusilo a u

těch, kteří pijí alkohol 1x – 2x ročně. U ostatních otázek došlo k průměrně 11% poklesu. U dívek je situace zcela opačná.

U dětí z města došlo k průměrnému nárůstu 13% u všech otázek, vyjma těch, které zaznamenávaly nikdy nekouřící jedince a ty, kteří pijí alkoholické nápoje 1x měsíčně a častěji, v těchto dvou otázkách nedošlo k žádnému posunu.

Na základě těchto posunů je možno říci, že uplatňování preventivních programů ve školách má u žáků své opodstatnění, protože počet žáků, kteří nejčastěji konzumují alkohol či kouří, se snížil, zatímco množství těch, kteří s těmito návykovými látkami zkušenosti nemají nebo je pouze vyzkoušeli, ale dál v jejich užívání nepokračují, se zvýšil.

Z výzkumu prováděného pro Health and Social Care Information Centre, NHS, Velká Británie, mezi žáky ve věkové skupině 11 – 15 let v roce 2011 vyplývá, že 25% žáků zkoušelo kouřit alespoň jednou. Tento údaj stabilně klesá, je dokonce nejnižší od začátku výzkumů od roku 1982, ve kterém zkoušela kouřit více než polovina žáků (53%). V roce 2011 5% kouřilo pravidelně (alespoň jednou za týden). Prevalence výskytu pravidelných kuřáků mezi jedenáctiletými a patnáctiletými kuřáky je poloviční od vrcholu v půlce devadesátých let (13% v roce 1996). Prevalence kouření se zvyšuje s věkem. Od méně než půl procenta v jedenácti letech do 11% v patnácti letech. Dále vyplývá, že u dívek je pravděpodobnější, že jsou pravidelnými kuřáky než u chlapců. Pravidelné kouření je často spojené s pitím alkoholu, užíváním drog a záškoláctvím. (FULLER, 2011)

Hladina kotininu ve slinách ve srovnání s odpověďmi v dotaznících.

*Výzkum Health Survey for England 2007, Volume 1: Healthy lifestyles: knowledge, attitudes and behaviour. Rachel Craig and Nicola Shelton, 2007*

Během výzkumu bylo zjištěno, že aktivní kuřáci mají hladinu konitinu<sup>2</sup> ve slinách 15ng a více, nicméně údaje o aktuálních hodnotách kouření dle hladiny konitinu mohou být vyšší, než jaké udávají samotní žáci. Na základě měření kotininu ve slinách – 21% patnáctiletých chlapců a 19% patnáctiletých dívek mělo hladinu značící aktivní kouření ve srovnání s 8% chlapců a 10% dívek, kteří udávali pravidelné kouření ve stejném čase. (CRAIG, SHELTON, 2007)

---

<sup>2</sup> Kotinin je derivát nikotinu vyskytující se tělesných tekutinách. (*Velký lékařský slovník* [online])

Co se týče konzumace alkoholu, tak méně než polovina (45%) žáků ve věku mezi 11 – 15 lety vypila za svůj život alespoň jeden alkoholický nápoj.

Poměr žáků, kteří nikdy nepili alkohol, v této věkové skupině stoupá z 39% v roce 2003 do 55% v roce 2011.

Počet žáků, kteří pili alkohol v posledním týdnu, klesá z 26% v roce 2001 k 12% v roce 2011. Toto označení by mohlo v dotazníku použitým v této diplomové práci srovnávat s odpovědí „*Piji alkohol alespoň 1x týdně.*“

Starší žáci pili častěji než mladší od 1% v jedenácti letech do 28% v patnácti letech. (FULLER, 2011)

**Tabulka 28 – Srovnání výzkumu v roce 2013 s výzkumem prováděným pro Health and Social Care Information Centre, NHS, Velká Británie v roce 2011**

	2011	2013
<b>Kouřili alespoň jednou</b>	25%	51%
<b>Kouří aspoň 1x za týden<sup>3</sup></b>	5%	21%
<b>Nikdy nepili alk. nápoj</b>	55%	15%
<b>Okusili alkohol alespoň 1x</b>	45%	85%
<b>Pili alkohol v posledním týdnu<sup>4</sup></b>	12%	8%

Z výsledků ve výše uvedené tabulce je patrné, že ve výzkumu prováděném pro tuto diplomovou práci došlo k výraznému nárůstu těch, kteří někdy zkoušeli kouřit (počet se zdvojnásobil) a naopak došlo k výraznému poklesu (o 40%) u dětí, které nikdy nepily alkoholické nápoje. O 40% se zvýšil i počet těch, kteří alkohol okusili minimálně jednou.

Z uvedených výsledků je patrné, že uplatňování školních preventivních programů mají své opodstatnění. Velkým přínosem pro zkvalitnění osvěty na základních školách by zajisté byly návštěvy odborníků či lidí, kteří překonali vlastní drogovou závislost a následná beseda s nimi. Právě tato možnost se ukazuje jako nejpříjemnější pro skupinu starších dětí, u kterých je riziko vzniku návykového chování nejvyšší.

<sup>3</sup> Pod tuto otázku je v DP řazena odpověď „*Kouřím 1 a více cigaret týdně.*“

<sup>4</sup> Pod tuto otázku je v DP řazena odpověď „*Piji alkohol alespoň 1x týdně.*“

## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala poruchami chování na 2. stupni základních škol. Zaměřila jsem se na užívání tabákových výrobků a alkoholických nápojů u dětí. Toto téma mě lákalo svou aktuálností. Užívání alkoholických a tabákových výrobků je na základních školách velmi aktuálním tématem, zároveň se neustále snižuje hranice, kdy dítě s těmito látkami přijde do styku.

V teoretické části jsem nejprve nastínila rizikové faktory staršího školního věku, které mnohdy mají na vznik poruch chování výrazný vliv. Zabývala jsem se také klasifikací poruch chování a rozlišením mezi problémem v chování a poruchou chování. Ve druhé polovině teoretické části jsem se věnovala návykovému chování. Poslední kapitola této části se věnuje prevenci rizikového chování. Jsou v ní ve stručnosti popsány stádia prevence a následně popsáno, jak by měla probíhat prevence v rodině, školní třídě a v neposlední řadě i možnosti řešení problémového chování za přispění odborníků ve škole a dalších zařízení typu pedagogicko-psychologických poraden, speciálně pedagogických center apod.

Praktická část byla realizována kvantitativním výzkumem pomocí dotazníkového šetření. Do výzkumu bylo zapojeno celkem 220 žáků ze čtyř škol v Jihlavě a jedné z Větrného Jeníkova. Dotazník obsahoval tři „úvodní“ otázky, týkající se věku, pohlaví a bydliště dětí. Zbývajících devět otázek můžeme rozdělit do dvou pomyslných okruhů. První zjišťuje četnost užívání alkoholu a cigaret u dětí, případně druh alkoholického nápoje, který je mezi dětmi ve věku 11 – 15 let nejpobulárnější. Druhý okruh se pak zabýval prevencí, konkrétně formou, kterou jsou informace o škodlivosti návykových látek podávány žákům; frekvencí, s jakou pedagogičtí pracovníci s dětmi o této problematice mluví apod.

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapování množství konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi na 2. stupni základních škol. Důraz byl kladen na její souvislost s věkem, pohlavím a s místem bydliště. Dílčími cíli bylo zjištění, jaký typ alkoholických nápojů děti užívají nejčastěji, jakou formu používají učitelé ke zprostředkování informací o návykových látkách, či zda žákům vyhovuje míra a způsob informací, které se jim dostávají.

V diplomové práci bylo stanoveno pět hypotéz, na které jsem na základě sebraných dat odpověděla. Tři z pěti hypotéz se během vyhodnocení výzkumného šetření potvrdily, u dvou nebyla odchylka statisticky významná, takže hypotézy nelze potvrdit.

Celkové výsledky výzkumu potvrdily, že oproti minulému roku došlo k pozitivnímu posunu. Zvýšil se počet dětí, které výše zmiňované látky nikdy nezkusili, a naopak se snížil počet těch, kteří spadají do kategorie občasných kuřáků a konzumentů alkoholu. Zda je tento výsledek dán náhodou nebo vybraným vzorkem, či zda na tom má svou váhu prevence, o tom se můžeme pouze dohadovat.

## ZDROJE

- 1) AUGER, M., BOUCHARLAT, CH. *Učitel a problémový žák*. Praha: Portál, 2005. 128 s. ISBN 80-7178-907-0
- 2) CSÉMY, L. a kol., *Životní styl a zdraví českých školáků*, Praha: 2005, s 76 ISBN 80-851-2194-8.
- 3) ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 665 s. ISBN 978-80-7367-273-7.
- 4) *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 305 s. Mezinárodní klasifikace nemocí. ISBN 80-851-2144-1.
- 5) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 773 s. ISBN 80-901-5490-5
- 6) HELLER, J., PECINOVSKÁ O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Pub., 1996, ISBN 80-716-9277-8, s 160
- 7) HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011, 215 ISBN 978-80-87258-62-0.
- 8) HROMÍŘOVÁ, I. *Konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi a mladistvými ve věku 12 až 16 let*, Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- 9) CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.
- 10) ILLES, T. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., uprav. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2002, 55 s. ISBN 80-85866-50-1.
- 11) PIAGET, J., INHELDEROVÁ B., *Psychologie dítěte*. Vyd. 5., V nakl. Portál 4. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672-638.



- 12) JEDLIČKA, R. a ŠAMALÍK M., *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí..* Praha: Themis, 2004, 478 s. Psyché (Grada). ISBN 80-731-2038-0.
- 13) KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov.* Praha: SPN, 1983.
- 14) MACEK, P. *Adolescence.* Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787477.
- 15) MAREŠ, J. *Styly učení u žáků a studentů.* 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 239 s. ISBN 80-7178-246-7
- 16) MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina,* 1. Vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992, 223 s., ISBN 80-04-25236-2
- 17) MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvence.* Praha, Portál 1998, ISBN 978-80-7367-825-8
- 18) MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže,* Praha: Avicentrum, 1989, s 156, ISBN
- 19) MICHALOVÁ, Z. *Sonda do problematiky specifických poruch chování.* 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2007, 207 s. ISBN 80-731-1075-X.
- 20) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost,* Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-X
- 21) PEŠEK, Roman, NEČESANÁ, Kateřina, *Kouření aneb závislost na tabáku,* Písek, 2008, s 9 ISBN 978-80-254-3580-9.
- 22) PEŠOVÁ, I. a ŠAMALÍK M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež.* Praha: Grada, 2006, 150 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.
- 23) PORONÝ, V., TECLOVÁ, J., TOMKO, A., *Prevence sociálně patologických jevů.* Brno, 2003, ISBN 80-86568-04-0
- 24) ROSENBAUM, M.. *Bezpečnost především - realistický přístup k dospívajícím a drogám,* Praha, 2006,

- 25) ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7367-124-7
- 26) SCHEPKER R., KELLER F. a kol., *Prevence pozdějších návykových poruch u dětí a adolescentů s rizikovým chováním*, EMCDDA:2009, s 84, ISBN 987-92-9168-349-9
- 27) ŠMEJKALOVÁ J., TEJRAL J., BENDOVÁ M., *Vybrané kapitoly z hygieny a preventivního lékařství, II. díl*, Praha: Karolinum, 1999
- 28) TRAIN, A., *Nejčastější poruchy chování*, Praha: Portál, 2001. 198 s. ISBN 80-7178-503-2.
- 29) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0926-8
- 30) VANÍČKOVÁ, E. *Vývoj závislosti*. Praha: 3.LF UK, 2003. ISBN 80-239-1556-8.
- 31) VOJTOVÁ, V. *Poradenství v rámci školy*. In VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2003. 261 s. ISBN 80-8663-308-X.
- 32) VOJTOVÁ, V. *Kapitoly z etopedie I.: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2. přepracované vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6
- 33) WEST, G. Kenneth. *Dobrodružství psychického vývoje: Kapitoly z vývojové psychologie*. Praha: Portál, 2002. Spektrum. ISBN 80-7178-684-5.

### **Internetové zdroje**

FULLER E., *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2011* [online].[cit. 2013-12-23]. Dostupné z:

<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/public-health/surveys/smok-drin-drug-youn-peop-eng-2011/smok-drin-drug-youn-peop-eng-2011-rep2.pdf>

CRAIG R., SHELTON N., *Healthy lifestyles: knowledge, attitudes and behaviour, 2007* [online].[cit. 2013-12-23]. Dostupné z:

<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/public-health/surveys/heal-surv-life-know-atti-beha-eng-2007/heal-surv-life-know-atti-beha-eng-2007-rep-v2.pdf>

*Klinika adiktologie* [online]. *Poslední aktualizace*: 19. 02. 2013.[cit. 2013-04-03]. Dostupné z < <http://www.adiktologie.cz/>>

*MKN-10, WHO* [online]. [cit. 2013-04-25]. Dostupné z <<http://www.poradenskecentrum.cz/mpp.php>>

NEŠPOR, K. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí. Prevence v rodině* S. 1-2 [online].[cit. 2013-06-01]. Dostupné z < <http://drnespor.eu/szurod04.doc> >

*Pedagogicko psychologická poradna Jihlava* [online].[cit. 2013-06-28]. Dostupné z <<http://www.pppjihlava.estranky.cz/clanky/sluzby/> >

*Pomoc v závislosti* [online].[cit. 2013-06-11]. Dostupné z <<http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-alkoholu>>

*Poruchy chování* [online].[cit. 2013-04-10]. Dostupné z <[http://www.zsodrypohorska.cz/poruchy\\_chovani.pdf](http://www.zsodrypohorska.cz/poruchy_chovani.pdf) >

*Pravda o alkoholu* [online].[cit. 2013-07-21]. Dostupné z <<http://www.drogy.cz/downloads/alkohol.pdf> >

PRESL J., *Řekni drogám ne* [online].[cit. 2013-02-23]. Dostupné z <<http://www.reknidrogamne.cz/cs/oprojektu/projekt-popis>>

*Účinky nikotinu a škodlivost kouření* [online].[cit. 2013-04-15]. Dostupné z<<http://www.ulekare.cz/clanek/ucinky-nikotinu-a-skodlivost-koureni-11442> >

*Velký lékařský slovník* [online].[cit. 2014-01-02]. Dostupné z <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/kotinin>

*Výchovné problémy* [online].[cit. 2013-05-16]. Dostupné z <<http://www.spondea.cz/rodice/index.php?url=vychovne-problemy>>

*WikiSkripta* [online].[cit. 2013-04-15]. Dostupné z <[http://www.wikiskripta.eu/index.php/L%C3%A9%C4%8Dba\\_z%C3%A1vislosti\\_na\\_tab%C3%A1ku](http://www.wikiskripta.eu/index.php/L%C3%A9%C4%8Dba_z%C3%A1vislosti_na_tab%C3%A1ku) >

# SEZNAMY TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Vybrané kategorie poruch chování a emocí.....	18
Tabulka 2: Rizikové a ochranné faktory v šesti oblastech aktivity.....	25
Tabulka 3: Klasifikace kouření u dětí a dospělých .....	31
Tabulka 4 – Zkoušení kouření.....	46
Tabulka 5 – Zkoušení kouření podle různých hledisek .....	46
Tabulka 6: Frekvence kouření v současnosti .....	47
Tabulka 7: Frekvence kouření v současnosti .....	47
Tabulka 8: Frekvence kouření v současnosti .....	47
Tabulka 9: Frekvence kouření v současnosti .....	47
Tabulka 10: Frekvence kouření v současnosti .....	48
Tabulka 11: Frekvence kouření v současnosti .....	48
Tabulka 12 : Frekvence kouření v současnosti .....	48
Tabulka 13: Konzumace alkoholu .....	48
Tabulka 14: Konzumace alkoholu podle různých typů třídění .....	49
Tabulka 15: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti .....	49
Tabulka 16: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti .....	49
Tabulka 17: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti .....	49
Tabulka 18: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti .....	50
Tabulka 19: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti .....	50
Tabulka 20: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti .....	50
Tabulka 21: Preference druhu alkoholických nápojů.....	50
Tabulka 22: Komunikace se žáky o škodlivosti náv. látek .....	51
Tabulka 23: Komunikace se s mladšími žáky o škodlivosti náv. látek.....	51
Tabulka 24: Komunikace se staršími žáky o škodlivosti náv. látek .....	51
Tabulka 23: Způsob prevence ve škole.....	51
Tabulka 24: Pocit dostatečnosti získávaných informací .....	52
Tabulka 25: Vliv získávaných informací na žáky.....	52
Tabulka 26 - Výzkum 2012: .....	59
Tabulka 27 – Výzkum 2013 .....	59
Tabulka 28 – Srovnání výzkumu v roce 2013 s výzkumem prováděným pro Health and Social Care Information Centre, NHS, Velká Británie v roce 2011...	61

## **Seznam grafů**

Graf 1: Pohlaví respondentů .....	45
Graf 2: Věk dotazovaných.....	45
Graf 3: Bydliště dětí .....	46
Graf 4: Hypotéza č. 1 .....	54
Graf 5: Hypotéza č. 2 .....	55
Graf 6: Hypotéza č. 3.....	56
Graf 7: Hypotéza č. 4 .....	56
Graf 8: Hypotéza č. 5 .....	57

# PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník sloužící k výzkumnému šetření

## Dotazník

Pohlaví:  dívka  chlapec  
Věk:  11-13  14 – 15  více než 15  
Bydliště:  město  vesnice

---

**1) Zkoušel/a jsi někdy kouřit cigarety?**

- a) ano
- b) ne

**2) Pokud ano, kouříš?**

- a) vůbec
- b) občas 1 cigaretu
- c) občas 2 a více cigaret
- d) 1 a více cigaret týdně
- e) pravidelně 1 cigaretu denně
- f) pravidelně 2 a více cigaret denně

**3) Ochutnal/a jsi někdy alkohol?**

- a) ano
- b) ne

**4) Pokud ano, piješ:**

- a) vůbec
- b) 1 nebo 2krát za rok
- c) 1 krát za měsíc
- d) 1 krát za týden
- e) častěji

**5) Pokud ano, piješ:**

- a) pivo
- b) víno
- c) destiláty (tvrdý alkohol)

**6) Při vyučování (v různých předmětech) s učitelem/učitelkou mluvíme o škodlivosti užívání alkoholu, nikotinu a dalších drog:**

- a) nikdy
- b) jen málokdy
- c) často

**7) Informace o škodlivosti užívání návykových látek (alkoholu, nikotinu a dalších):**

- a) vyučující jen vykládá
- b) vyučující vykládá a diskutuje s námi o nich
- c) vyučující vykládá, diskutujeme o nich a do výuky jsou někdy přizváni i odborníci nebo lidé, kteří mají se závislostí osobní zkušenost

*Vyber, prosím, tu možnost, která je (nebo by mohla být) pro Tebe nejzajímavější.*

**8) Informace o škodlivosti užívání návykových látek, které ve škole získávám**

- a) jsou pro mne dostatečné
- b) rád/a bych se dozvídal/a více od učitele
- c) rád/a bych se dozvídal/a více nejen od učitele, ale i od odborníků a lidí, kteří mají se závislostí osobní zkušenost

**9) Všechny získané informace o škodlivosti návykových látek**

- a) jsou pro mne zajímavé a poučné, chci se podle nich řídit
- b) jsou sice poučné a věřím jim, ale mne se netýkají
- c) jsou přehnané a věřím jen části z nich
- d) nevěřím, že by užívání návykových látek škodilo mému zdraví