

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Prevence vybraného nežádoucího chování u dětí na základních školách
v Plzni.**

Bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Bursová

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

11. května 2009

Prevence vybraného nežádoucího chování u dětí na základních školách v Plzni

Prevence vybraného nežádoucího chování by měla být v současné době realizována na všech základních školách formou minimálně preventivních programů. Tyto programy si každá škola zajišťuje sama nebo využívá nabídek různých neziskových organizací.

V této bakalářské práci jsem se zabývala především prevencí a současným stavem společensky nežádoucích chování, která jsou v dnešní společnosti nejvíce rozšířená. Tedy šikanou, užíváním návykových látek, nedrogovou závislostí a rizikovým sexuálním chováním.

Ke zpracování praktické části jsem využila kvantitativní výzkum a metodu dotazování. Ke sběru dat jsem použila techniku dotazníku.

Dotazníkové šetření jsem prováděla v devátých třídách tří základních škol v Plzni, které tvořily základní soubor. Výběrový soubor tvořilo 102 respondentů.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké je povědomí žáků základních škol o společensky nežádoucím chování.

V praktické části bakalářské práce se zabývám především rozbořem zkušeností vybraného společensky nežádoucího chování v závislosti na věku respondentů a včasnosti primární prevence příslušné k jednotlivým druhům společensky nežádoucího chování.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Prevence vybraného nežádoucího chování u dětí na základních školách v Plzni vypracovala samostatně a použila jsem prameny, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 11. 5. 2009

Podpis.....
Zuzana Bursová

Poděkování:

Na tomto místě děkuji panu Mgr. Pavlu Váchovi za trpělivost, pomoc a spolupráci při psaní této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala základním školám v Plzni, které mi umožnily provést výzkum pro tuto bakalářskou práci a v neposlední řadě své rodině za podporu během studia.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	8
1.1 Rizikové chování.....	8
1.2 Prevence.....	9
1.3 Rizika dospívání.....	9
1.4 Šikana.....	9
1.4.1 Stádia vývoje šikany.....	10
1.4.2 Příčiny šikany.....	12
1.4.3 Druhy šikany.....	13
1.4.4 Dopady šikany.....	13
1.4.5 Šikana ve školách	14
1.4.6 Prevence šikanování ve školách a školských zařízeních.....	15
1.5 Užívání návykových látek.....	16
1.5.1 Rozdělení návykových látek.....	16
1.5.2 Školní drogová prevence.....	25
1.5.3 Efektivní drogová prevence ve školách.....	27
1.6 Nedrogové závislosti.....	27
1.6.1 Závislost na počítačích	27
1.6.2 Závislost na mobilních telefonech.....	31
1.6.3 Závislost na televizi	31
1.6.4 Patologické hráčství.....	32
1.7 Rizikové sexuální chování	33
1.7.1 Prevence rizikového sexuálního chování.....	34
1.8 Prevence a její cíle podle věku.....	34
1.9 Hlavní subjekty systému resortu školství, mládeže a tělovýchovy pro oblast primární prevence	35
2 Cíle a hypotézy.....	37
2.1 Cíle práce.....	37
2.2 Hypotézy.....	37
3 Metodika.....	38
2.3 Použitá metodika.....	38
5 Diskuze.....	64
6 Závěr.....	70
7 Seznam použitých zdrojů.....	72
8 Klíčová slova.....	75
9 Přílohy.....	76

Úvod

Motto: „Kde je vůle, tam je i cesta.“

Předmětem mé bakalářské práce je prevence vybraného společensky nežádoucího chování. Tuto problematiku jsem aplikovala na žáky tří základních škol v Plzni.

Často se pozastavujeme nad tím, jaká je to nehoráznost, že skoro každé dítě na základní škole kouří, málokdo z nich ještě neochutnal marihuanu, bez mobilního telefonu si nedokáže představit život a každý pátek se řítí městem sanitky pro opilé, nezletilé výtečníky s otravou alkoholem. Ve většině případů sice jde o jistou mladickou nerozvážnost, na kterou později budou nynější školáci vzpomínat s úsměvem. Ale je tu i podstatná část těch, kteří si v tomto hédonistickém stylu života najdou zálibu. Pokud jde

o zálibu, která má nahradit chybějící citové podněty nebo pomoci v tíživých životních situacích, je zde velké nebezpečí vzniku závislosti na čemkoli.

Primární prevence vybraných společensky nežádoucích jevů je důležitým pojmem nejen na základních školách. Je to úkol pro celou společnost. Počínaje rodinou, ke které má dítě (mělo by mít) nejsilnější vazby. Důležitý je i přístup vrstevníků a starších kamarádů. Neboť ti mají na dítě také velký vliv. A v neposlední řadě se jedná o moderní sdělovací prostředky – internet, média atd. Ty mají v dnešní společnosti velký význam. Dokáží ovlivnit jak lidskou psychiku tak i chování jedince. Pro nevyzrálého člověka, který se snaží někam zařadit, někým být, se mohou stát velkým nebezpečím. Bylo by asi velmi naivní myslet si, že když zajistíme dítěti tu „nejkvalitnější“ primární prevenci rizikového chování, nemůže se stát, že by dítě někdy ochutnalo alkohol či si zapálilo cigaretu. Tak to asi opravdu není a byla by chyba si to myslet. Primární prevence by měla především zajistit co nejpozdější styk dítěte s rizikovým chováním, posilovat v dítěti pozitivní hodnoty zdravého způsobu života a dát mu nejdůležitější a nejobektivnější informace o rizikovém chování, aby se dokázalo samo správně rozhodnout, umět říct ne a stát si za svým názorem.

1 Současný stav

1.1 Rizikové chování

Pod tímto pojmem rozumíme takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo pro společnost **(10)**.

Mezi patologické jevy, jimiž se v oblasti primární prevence zabývá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, patří násilí a šikanování, záškoláctví, kriminalita, delikvence, vandalismus, ohrožení mravnosti a mravní výchovy mládeže, xenofobie,

rasismus, intolerance, antisemitismus, užívání návykových látek, anabolik a medikamentů, netolismus – virtuální závislosti, gambling – patologické hráčství, divácké násilí, komerční sexuální zneužívání dětí, syndrom CAN, sekty a sociálně patologická náboženská hnutí (30).

1.2 Prevence

V českém překladu znamená slovo prevence předcházení. Předcházením v tomto smyslu se myslí předcházení něčemu negativnímu. Může jít o nemoc, drogovou závislost nebo o jiné sociálně patologické chování. Prevence jako termín určuje souhrn všech aktivit, které mají za úkol snížit výskyt a vývoj určitého nežádoucího jevu u dané populace (26).

1.3 Rizika dospívání

Období dospívání je obdobím velkých změn a může představovat určitá rizika. Záleží na různých aspektech a nepříznivých okolnostech, které se mohou podílet na vzniku společensky nežádoucích jevů. Je proto velice důležité, aby odborník pracující s mládeží dokázal posoudit, co je v tomto období nepřiměřené a co souvisí s daným obdobím. V tomto období se ze závislého jedince stává jedinec téměř samostatný a začíná přebírat plnou zodpovědnost sám za sebe (16). Mimo jiné dochází v tomto období k novému sociálnímu zařazení jedince. Očekávání společnosti je však odlišné. Díky častým citovým konfliktům a emoční labilitě je toto období označováno jako období bouří a krizí (17).

1.4 Šikana

Z francouzského překladu znamená šikana zlomyslné obtěžování, pronásledování či týrání. Dnes se často používá ve smyslu omezování jedince nebo skupiny jiným jedincem nebo skupinou. Omezování je většinou praktikováno fyzickým či psychickým napadáním. Vzniká na podkladě přesily utlačitele. Lze vypožorovat charakteristické rysy šikany, mezi které patří záměrné jednání, přesila agresora, agrese jako samotný cíl napadání, tendence opakovat útoky **(31)**.

1.4.1 Stádia vývoje šikany

Šikanu lze rozdělit do pěti vývojových stádií. Rozlišení slouží především k léčbě šikany. Odlišnost mezi těmito stádii vyžaduje zároveň odlišnosti v zásazích proti šikaně **(13)**.

První stádium – zrod ostrakismu

Názory rodičů i pedagogů jsou často takové, že k šikaně může dojít pouze ve zvláštním prostředí, kde je nedostatek kázně, a že hlavními agresory jsou pouze sadisti. Skutečnost však bývá taková, že šikana může vzniknout ve zcela normálních podmínkách a aktéry šikanování jsou do té doby bezproblémoví žáci. Téměř v každém školním kolektivu se vyskytne jedinec, který je „slabý“ a málo oblíbený. Tento jedinec, často nazývaný jako obětní beránek, černá ovce, atd., se ve třídách a kolektivech, kde se nepracuje cíleně se vztahy mezi žáky, stává terčem ostrakismu. Do tohoto prvotního stádia šikany je zahrnuto mírné psychické násilí a vyčlenění jedince na okraj skupiny. Takový jedinec se tak stává terčem posměchu a různých intrik. Již tato situace je počátečním jevem šikanování a je zde riziko postupu do dalšího vývojového stádia **(13)**.

Druhé stádium – fyzická agrese a přitvrzování manipulace

Důvodů, proč ostrakismus přerůstá do dalšího stádia, je hned několik. Nejčastější jsou dvě příčiny, které se vzájemně ovlivňují **(13)**.

Jednou z příčin jsou náročné a vypjaté situace ve třídě. Může to být v době před písemkou, při neshodách s učitelem nebo jen nechutí navštěvovat školu. V těchto

případech slouží ostrakizování žáci jako ventil, kterým si ostatní žáci upouštějí napětí. Většinou již dochází k fyzickému napadání, díky němuž se skupina snaží o soudržnost na úkor ostrakizovaného jedince. Tyto situace mohou nastat i v mimoškolním prostředí, např. když jede třída na výlet nebo na lyžařský výcvik **(13)**.

Další z klíčových příčin je způsobena přítomností několika agresivních asociálních jedinců ve třídě, kteří k uspokojení svých potřeb používají násilí na druhých. Požitek z týrání a ubližování slabších jedinců může vést k opakovanému agresivnímu chování. Pokud začne násilí prosazovat vůdce skupiny jako zábavu nebo pro pobavení ostatních, jedná se o velice závažnou situaci. Další postup je závislý na vlastnostech třídy. Pokud jde o kolektiv, ve kterém převládají přátelské vztahy a žáci vyznávají pozitivní morální hodnoty, má šikana malou šanci na úspěch. V opačném případě, kdy je skupina nějak oslabena, může být šikana tolerována a ve skupině zakořenit **(13)**.

Třetí stádium – klíčový moment – vytvoření jádra

Třetí stádium nastává tehdy, když se ve třídě nevyklube žádná konkurenční podskupina, která by měla možnost šikanu zastavit nebo alespoň utišit. I v případě, že vznikne jistá podskupina konkurující skupině agresorů, neznamená to vyřešení šikany. Ta může i po delší době znovu vypuknout. Navíc skupinka charakterově slušných žáků má nevýhodná postavení vůči žákům, kteří nedodržují pravidla. Skupina slušných žáků pravidla dodržuje a navíc „nebonzuje“. Tím nechtěně nahrává agresorům, kteří mohou nerušeně šikanovat **(13)**.

Čtvrté stádium – většina přijímá normy agresorů

Vznik tohoto stádia úzce souvisí s vývojem stádia předchozího, tedy třetího. Pokud se ve třídě nebo ve skupině nevytvoří žádná konkurenční podskupina charakterově slušných žáků, kteří budou šikanu zavrhnout, přejde šikana právě do čtvrtého stádia. Zde je již jasně patrná nadvláda agresorů. Jejich normy jsou přijímány většinou skupiny a stávají se téměř nepsanými zákony. Málokdo se v takto pokročilém stádiu šikany dokáže agresorům postavit. Dochází k velké změně. Členové skupiny si

vytvářejí alternativní identitu, která koresponduje s myšlenkami vůdců – agresorů. Většinou se k šikanování přidají i mírní a ukáznění žáci, kteří začínají také pociťovat uspokojení z týrání spolužáka (13).

Páté stádium – totalita neboli dokonalá šikana

Pokud nepřijde včas nějaká radikální pomoc zvenčí, vyústí šikana do poslední, tedy páté fáze. Šikana začíná být respektována všemi členy skupiny a má obraz totalitní ideologie. Páté stádium lze označit také jako stádium vykořisťování. Skupina je rozdělena na otroky a otrokáře. Přičemž otroci sami sebe označují za nadlidi, nacisty, plantážníky, kingy, mazáky atd. Oproti tomu své otroky označují za podlidi, židy, negry či bažanty. Šikana se v tomto stádiu stává pro agresory závislostí. Členové skupiny, kteří se šikanováním původně nesouhlasili, teď agresí páchané na spolužácích častěji přihlížejí, někdy se na ní i sami aktivně účastní. Násilí se začíná zakořeňovat a je považováno za dobrou zábavu. Alternativní identita již vytěsnila zbytky lidskosti. U agresorů je patrná absence pocitů viny a soucitu. Šikanování řeší svou neúnosnou situaci únikem do nemoci, absencí ve škole, či odchodem ze školy. Stav „otroků“ může skončit až pokusem o sebevraždu nebo zhroucením. Šikanování se může provalit například tím, že díky agresivnímu fyzickému napadení dojde ke zranění šikanovaného. Za celkové vítězství šikany se považuje její prorůstání do oficiální školní struktury. Tento nejvyšší stupeň není pro školy tak typický jako třeba pro věznice, výchovné ústavy atd. Ve školách se však v mírnější podobě může také objevit. Příčinou je většinou to, že iniciátor šikanování a hlavní vůdce agresorů se stane sociometrickou hvězdou třídy. Je na příklad zvolen předsedou třídy, má dobrý prospěch, kultivované chování a dokonce pomáhá pedagogovi. Učitelé včetně třídního za tímto žákem stojí a jakékoli skryté volání o pomoc od nevýrazného žáka se špatným prospěchem většinou přehlíží. Na této vrcholné fázi destrukce je nejnebezpečnější to, že jak iniciátoři šikanování, tak i šikanovaní, přijímají šikanu a zcela ji respektují (13).

1.4.2 Příčiny šikany

Dalo by se říci, že nárůst šikany mají na svědomí svým způsobem i životní podmínky, ve kterých dnes žijeme. Dochází čím dál častěji k neuznávání autorit a obecně k menším nárokům na neagresivní chování **(1)**. I když samotná školní šikana je patrně stejně stará jako škola sama **(29)**. Rozhodným faktorem pro vznik šikany bývají osobnostní charakteristiky členů skupiny. Především osobnost autority dané skupiny, jako je učitel nebo rodič, má podstatný vliv na vznik šikany. Může svým jednáním vydat impuls ke vzniku šikany nebo ji takto přímo či nepřímo podporovat. V určitých strukturách, kde se stala šikana tradicí, však osobnost autority nemá takový vliv. Například v armádě nebo i ve školských zařízeních, kde otázka šikany není dlouhodobě řešena **(1)**.

1.4.3 Druhy šikany

Způsob, jakým je šikana prováděna, většinou závisí na věku a pohlaví účastníků. U dětí bývají praktiky zpravidla mírnější než u mladistvých nebo u dospělých. Pokud jde o pohlaví, u mužů převládá fyzická forma šikanování a u žen psychická. Šikanování u žen je obecně méně časté. Způsoby šikany jsou velice různorodé. Od ignorování, izolace, utlačování, přes zesměšňování a pomlouvání až k vyhrožování, vydírání a násilnému chování. Lze se setkat také se sexuální šikanou, ke které se řadí verbální obtěžování, pohlavní zneužívání a znásilnění. V dnešní době se objevuje poměrně nový druh šikany, nazývaný kyberšikana, která probíhá pomocí mobilních telefonů, kamer, fotoaparátů a internetu **(31)**.

1.4.4 Dopady šikany

Šikanování samozřejmě nejvíce postihuje samotnou oběť šikany. Má však negativní dopad na celou skupinu, v níž k šikaně dochází. Může se dotknout i jedince nebo více osob mimo skupinu (např. rodiče šikanovaného). Agresor při neřešení šikany upevňuje své antisociální postoje a nabývá dojmu, že agresivní chování lze využít

k vlastnímu prospěchu **(1)**. Přihlížející jedinci, neboli ostatní členové kolektivu mohou přijmout názor, že okolí nemůže šikanované jedince ubránit, a že samotné šikanování není nijak trestáno. Takové přijímání názorů může způsobit to, že daní jedinci si v budoucnu nebudou umět poradit v situacích, kdy dojde k porušování norem a zachovají se pasivně nebo dokonce k samotnému porušení přispějí **(13)**.

Největší potíže se samozřejmě projeví u oběti. Většinou mají formu posttraumatických stresových poruch. Můžeme u těchto jedinců vyzorovat zhoršení školního prospěchu nebo dokonce záškoláctví. Šikanovanému často klesá sebevědomí, může se dokonce ztotožnit s pocitem, že si šikanování zaslouží (tzv. kumulovaný efekt). Šikanovaný jedinec se dostává do deprese, má potíže s navazováním vztahů a svůj problém může řešit útekem k drogám, v krajním případě ho může řešit i pokusem o sebevraždu **(1)**.

1.4.5 Šikana ve školách

I přesto, že šikana se patrně objevuje od samého počátku škol a školství vůbec, datuje se první vědecká diskuze o šikaně teprve v roce 1969 ve Skandinávii. Na jiných místech světa byly výzkumné publikace uvedeny až koncem 80. let dvacátého století **(29)**. Dnes dochází nejen k nárůstu počtu případů šikany, ale i k nárůstu brutality. Paradoxně však klesá věk aktérů šikanování **(1)**.

Z výzkumu, který byl v roce 2001 proveden na 66 školách a zúčastnilo se ho 6000 žáků vyplývá, že na 2. stupni základních škol je šikanováno 41% žáků. Tento šokující výsledek je nutno doplnit o informaci, že šikanování probíhá většinou v samotné budově školy, většinou tam, kde jsou děti právě bez dozoru (př.šatny, záchodky atd.). V devadesátých letech se jako častá příčina šikanování začaly objevovat sociálně-ekonomické rozdíly mezi jednotlivci i celými rodinami. V této souvislosti se hovoří o zavedení školních uniforem, které by odstranily rozdíly v oblečení žáků, které se někdy stává nástrojem agresora pro šikanování **(29)**.

1.4.6 Prevence šikanování ve školách a školských zařízeních

Se šikanou by měli být seznámeni všichni žáci, pedagogové, ředitelé i školní inspektoři a měli by na ni nahlížet jako na antisociální chování. Velký důraz je kladen především na nebezpečí v podněcování počátečních jevů šikany **(18)**.

Pedagogický pracovník a prevence šikany

Každý pedagogický pracovník by měl vést své žáky k přijímání kladných norem mezilidských vztahů, které jsou založeny na demokratických principech a respektují vlastní identitu a individualitu žáka. Dále by měl u žáků a studentů rozvíjet etické jednání, respekt k sobě samému i k druhým a v neposlední řadě také právní odpovědnost jedince. Působnost pedagoga v tomto směru není závislá pouze na vyučovaných předmětech, ale často se týká i situací, ve kterých žák přijímá nové hodnoty společnosti a snaží se s nimi ztotožnit **(18)**.

Školní metodik prevence

Tento pracovník by se měl účastnit akreditovaných kurzů k problematice šikanování. Dále by měl zodpovídat za informovanost pedagogů o dané problematice a společně s kolegy se podílet na řešení případů šikany a aplikovat na daný problém správnou strategii řešení. Metodický pracovník prevence, a také ostatní pedagogové, by měli být seznámeni s informací MŠMT ČR č.j. 14 144/98-22 „Spolupráce škol a předškolních zařízení s Policií ČR při prevenci a při vyšetřování kriminality dětí a mládeže a kriminality na dětech a mládeži páchané“ **(18)**.

Pedagogická centra

Pedagogická centra poskytují další vzdělávání pedagogickým pracovníkům, výchovným poradcům, školním metodikům prevence i dalším učitelům **(18)**.

Ředitelé škol

Působnost ředitelů škol je v oblasti šikany a ostatních sociálně patologických jevů klíčová. Vychází z metodického pokynu MŠMT k prevenci sociálně patologických jevů. Při prevenci šikany by měl ředitel školy v první řadě zajistit pro školního metodika prevence, popř. i pro jiné učitele, školení v akreditovaných kurzech k problematice šikanování, spolupracovat se žáky, pedagogy i rodiči a podnítit oznamování počátků šikany za podmínky zachování anonymity. Dalším úkolem ředitele školy je jasně stanovit řád školy, pravidla chování a sankce při nedodržení pravidel, zajistit kvalitní dozor pedagogů, především v místech, kde k šikanování dochází a v neposlední řadě spolupracovat s odbornými školskými zařízeními jako je pedagogicko-psychologická poradna, středisko výchovné péče a s dalšími zařízeními poskytujícími poradenské a preventivní služby a psychoterapeutickou péči **(18)**.

1.5 Užívání návykových látek

1.5.1 Rozdělení návykových látek

Alkohol

V užívání alkoholu se drží se Česká republika dlouhodobě na špičce celosvětového žebříčku. Nejvíce uživatelů alkoholu se pohybuje v dospělé populaci. Závislost na alkoholu vzniká již tehdy, pokud konzumuje muž 20g a žena 18 g alkoholu

denně (přepočteno na 100% alkohol). Užívání alkoholu přináší různá rizika. Poruchy vyvolané nadměrným užíváním alkoholu můžeme podle psychiatrického hlediska rozdělit do dvou základních skupin. Do té první patří přímé působení alkoholu na centrální nervovou soustavu. Může to být přímo po užití alkoholu prostřednictvím intoxikace nebo jako následek chronického abusu alkoholu. Do druhé skupiny můžeme zařadit poruchy spojené s abusem alkoholu, které se stávají návykovým a mohou postupem času dospět až k závislosti na alkoholu. Podle Jellineka má závislost na alkoholu čtyři vývojové fáze. První fáze je počáteční-symptomatická, druhá varovná-prodromální, třetí rozhodná-krucální a čtvrtá konečná-terminální **(12)**.

Pokud jde o pití alkoholu u dětí a mladistvých, je Česká republika na čtvrtém místě v Evropské unii. Podle WHO pije v Čechách alkohol asi 30% patnáctiletých a 17% třináctiletých. Což je poměrně alarmující stav. Opakované průzkumy dokazují, že s opakovaným užitím alkoholu má zkušenost již ve 4. třídě základní školy asi 35% žáků **(9)**. Podle Nešpora mají zkušenost s alkoholem již osmileté děti, kterým dovolí rodiče užít alkohol při příležitosti různých rodinných oslav **(22)**. I přesto, že podle poslední statistiky vykazují stagnaci až mírný pokles v užívání návykových látek mezi studenty Evropy, patří Česká republika mezi země s rostoucím počtem mladistvých, kteří užívají alkohol **(6)**.

Závislost na alkoholu lze posuzovat jako chronické, recidivující onemocnění, které postihuje jak zdravotní, tak psychickou, spirituální i sociálně právní stránku uživatele. Pokud není zavčas léčeno, může v terminálním stádiu dojít k trvalému umístění uživatele do psychiatrické léčebny. Při léčení dochází k uzdravení **(12)**.

Zdravotní postižení v důsledku nadměrného užívání alkoholu můžeme sledovat jak v somatické, tak v psychické oblasti. Pokud jde o somatická postižení, zasahuje nadměrné užívání alkoholu negativně téměř všechny složky lidského těla.

Psychické poruchy související s užíváním alkoholu se nazývají alkoholické psychózy a jejich vznik je podmíněn dlouhotrvajícím, několikaletým abusem. Patří sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence **(12)**.

Tabák

Tabák je usušený list rostliny *Nicotiana*. Užívá se většinou kouřením nebo šňupáním. Nejpopulárnější je však kouření tabáku v cigaretách. Tento způsob aplikace má samozřejmě svá rizika. Kouř vdechovaný do plic obsahuje mnoho chemických sloučenin, které jsou buďto ve formě plynů nebo tuhých částic. V plynné formě se nachází oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd. Tuhé formy se převážně skládají z nikotinu, benzenu a dehtu. V cigaretovém kouři bylo doposud rozpoznáno asi 60 chemikálií, které jsou známé nebo předpokládány jako látky, které mají schopnost vyvolat některé druhy rakoviny **(28)**.

Kouřením tabákových výrobků vzniká závislost. Ta by se dala rozdělit do dvou faktorů. Prvním je psychická závislost, která vzniká již po krátké době pravidelného kouření. Je totiž často spjata s rituály, které se nakonec stanou nepostradatelnými. K těmto rituálům patří například odpočinek či pití kávy s cigaretou nebo řešení stresových situací pomocí cigarety. Druhým faktorem je závislost fyzická, kterou způsobuje nikotin. Při natáhnutí cigaretového kouře vzniká v mozku kuřáka chemická reakce, která se podobá reakci při užívání tvrdých návykových látek. Proto při vynechání kouření může dojít k abstinenčním příznakům, které se projevují nutkavou touhou po cigaretě, depresi, frustrací, sníženou schopností soustředění nebo zvýšenou chutí k jídlu **(4)**.

Velice nebezpečné je kouření u dětí. Především proto, že v dětském věku vzniká závislost na nikotinu poměrně brzy. Podle americké studie postačí ke vzniku závislosti dvě cigarety týdně. Přičemž u dívek vzniká závislost mnohem rychleji než u chlapců. Dívkám stačí tři týdny poté, co začnou příležitostně kouřit. Kdežto u chlapců vzniká závislost v průměru po 183 dnech **(28)**.

Česká republika společně s Rakouskem, Bulharskem a Lotyšskem patří mezi země s největší prevalencí kouření tabáku v posledních 30ti dnech. Přičemž v České republice kouří cigarety 26% šestnáctiletých denně a z toho 8% je silných kuřáků. Silný kuřák znamená, že vykouří jedenáct cigaret denně. V období mezi lety 2003 a 2007 došlo k mírnému poklesu denních kuřáků, a to především u chlapců. Naopak u dívek došlo k mírnému nárůstu **(6)**.

Opiáty

Mezi nejznámější zástupce opiátů patří **heroin**, který byl dlouhá léta používán jako substituční lék při závislosti na morfinu a zpočátku byl dokonce považován za lék, ne který nemůže vzniknout závislost. K výrobě heroinu se používá morfin nebo samotné opium.

Užívání heroinu probíhá nejčastěji tou nejrizikovější cestou, tedy nitrožilní aplikací. Jsou však známé i jiné způsoby, např. kouření, šňupání a inhalace z aluminiové fólie. Tyto způsoby jsou typické pro začínající uživatele. I ti však brzy přecházejí na nitrožilní užívání.

Dávkování v počátečních stádiích většinou nepřesahuje 100 mg. Denně však dávky stoupají až na 1g, který uživatel většinou rozdělí do více aplikací. Rozdíl mezi dávkou, která způsobuje intoxikaci a smrtelnou dávkou je často velmi malý. Odvykáním klesá tolerance k dávkám. Požití dávky, kterou uživatel běžně požíval před abstinencí, může být smrtelné.

Závislost na heroinu vzniká poměrně rychle, zpravidla po několikátýdenním užívání. Samotný uživatel si začne všimnout symptomů odvykání po 1 až 3 měsících denního užívání heroinu. Závislost těžce postihuje osobnost uživatele, působí na jeho sociální rozvoj a nemalé zdravotní problémy vznikají v důsledku nitrožilního užívání návykové látky.

Mezi další zástupce opiátů patří česká droga **braun**, tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Je zde menší pravděpodobnost vzniku závislosti než u heroinu. **Metadon** patří také mezi opiáty. Je vyráběn legálně a používá se k lékařským účelům. Díky jeho pomalému nástupu se snižuje potenciál závislosti. Proto je využíván jako substituční prostředek v léčbě závislosti na opiátech (12).

Psychostimulační látky

Hlavním zástupcem psychostimulačních látek je ***kokain***. Je to alkaloid keře s názvem koka pravá. Roste v Jižní Americe. Sigmund Freud objevil jeho účinky lokálního anestetika. Podobně jako heroin byl využíván k léčbě závislých na morfiu.

Nejrozšířenější užívání je šňupání, intravenózní aplikace není příliš rozšířena. Jsou i druhy kokainu, které lze kouřit (crack). Dávkování je velice individuální. Pohybuje se od desetin gramu až po 20-30 gramů denně.

Účinky spojené s požitím kokainu jsou poměrně krátké. Působí 30 minut a poté odeznívají. V moči lze nalézt stopy kokainu jen do šesti hodin po požití, metabolity lze zachytit do 3 dnů. Po požití kokainu se zvýší krevní tlak, zrychlí puls, dále se rozšíří zornice, může se projevit i pocení a nevolnost. První dávky jsou pro uživatele spíše nepříjemné, teprve po několika aplikacích nastává pocit euforie. Příznakem užívání kokainu je veselost, výdrž, zvýšený výkon. Kokainista vypadá hyperaktivně až neklidně. Užívání kokainu způsobuje vymizení zábran, s tím souvisí zvýšení sexuálního chvění. Protože kokain působí jako anorektikum, jsou kokainisté často velice vyhublí. Běžně se u uživatelů kokainu objevují toxické psychózy, které se vyznačují halucinacemi a paranoidním chováním. Vysazením drogy většinou toxické psychózy vymizí.

Dalším zástupcem skupiny psychostimulačních látek je ***pervitin***, jedna z nejrozšířenějších drog v Čechách. V některých oblastech však pervitin nahradil heroin. Do stejné skupiny jako pervitin řadíme také amfetamin, který je ve světě podstatně rozšířenější než pervitin.

Aplikace pervitinu je možná orálně, šňupáním nebo nitrožilně. Poslední způsob je zároveň nejčastějším ze způsobů aplikace v Čechách.

Účinky pervitinu jsou spíše budivého charakteru. Zvyšuje krevní tlak a puls. Zvyšuje pozornost a výkonnost celého organismu. Zároveň však způsobuje neklid, jak motorický, tak psychický. Organismus většinou pracuje až do vyčerpání všech sil. Jedním z patrných projevů užití pervitinu jsou rozšířené zorničky. Následný stav po užití pervitinu se nazývá tzv. dojezd. Jsou pro něj charakteristické pocity skleslosti a celkového vyčerpání či deprese.

Při užívání pervitinu je velké riziko brzké závislosti. Uživatel může dlouho tvrdit, že má drogu sám pod kontrolou, i když tomu tak dávno není. Je schopen přejít poměrně rychle z malých dávek až k dávkám psychotickým. Odvykací syndrom je psychického rázu, protože stejně jako u kokainu, nevzniká užíváním pervitinu fyzická závislost. Velmi nebezpečné je užívání pervitinu společně s jinými drogami či léky. Za život ohrožující se považuje např. užití pervitinu s antidepresivy (12).

Halucinogenní drogy

Halucinogeny jsou díky jejich neobvyklým vlastnostem a účinkům na psychiku člověka jednou z nejvíce zkoumaných skupin drog. Jejich tajemnost až mystičnost jim přidává na „zajímavosti“. Halucinogenní látky lze rozdělit do tří základních skupin, jsou to halucinogeny rostlinného původu, tedy např. durman nebo lysohlávky, dále živočišného původu, sem patří např. bufetenin a třetí skupinou jsou halucinogeny syntetické a polysyntetické. Nejznámějším zástupcem této skupiny je LSD a PCP. K nejvýznamnějšímu období výzkumu halucinogenních látek patří 50. a 60. léta minulého století. Tyto látky byly zároveň využívány pro terapeutické účely, většinou při léčbě těžších neuróz, poruch osobnosti, závislostí nebo v psychoterapii umírajících. Po zákazu používání LSD se však psychoterapeutická činnost pomocí těchto látek silně utlumila. Nová éra nastává až po roce 1997, konference ve Švédsku dala podněty k tomu, aby byly znovu prozkoumány výzkumy prováděné v 50. - 60. letech a zároveň podnítila novou výzkumnou činnost.

Mezi nejvýznamnější zástupce halucinogenních látek patří **LSD**. Pokud mluvíme o nelegálním trhu, objevuje se u nás především ve formě tripů, což jsou papírové čtverečky s potiskem. Další možnou formou jsou krystaly, které vypadají jako tmavomodré či zelené granulky. Oba druhy se aplikují ústně a nechávají se rozpustit pod jazykem.

Užívání LSD je většinou spjato s určitou subkulturou. S jejími specifickými módními trendy, hudbou atd. Na tanečních scénách patří LSD k oblíbené droze. Prvenství si zde však dlouhodobě drží extáze.

Lysohlávky, další z řady halucinogenních látek. Psychicky aktivní látkou obsaženou v lysohlávkách je psilocybin. Lysohlávky jsou nejrozšířenější přírodní rostlinnou halucinogenní látkou u nás. Užívání této houby je spíše sezónní záležitostí. Na černém trhu se můžeme setkat se sušenými klobouky těchto hub. Jejich cena je velice proměnlivá, často jsou pouze měněny či darovány. Užívání je většinou perorální, pro zlepšení chuti se někdy máčí do medu. Největším rizikem v jejich užívání je to, že nelze odhadnout množství aktivní látky v jedné houbě **(12)**. Podle Evropské studie ESPAD je užívání halucinogenních hub na třetím místě v užívání zakázaných drog evropskou mládeží. 7, 4 % studentů uvedlo, že již měli zkušenost s touto drogou **(6)**.

LSD ani lysohlávky nevyvolávají klasickou závislost. U LSD zatím není znám žádný případ předávkování s následkem smrti. U osob s určitou vrozenou dispozicí může však dojít k rozvoji depresivních a úzkostných stavů. Ty mohou vystupňovat až v agresivní chování, jehož následkem může být sebepoškozování nebo ubližování druhým. Halucinogenní látka může fungovat také jako spouštěcí mechanismus pro určité latentní psychické onemocnění. Většina těchto stavů však po vyprchání účinnosti aktivní látky vymizí. Hlavním rizikem halucinogenních drog je však skutečnost, že vzhledem k účinku patří k nejvíce nevyzpytatelným drogám **(12)**.

Konopné drogy

Konopné látky jsou získávány z rostliny Cannabis, česky konopí. Patrně pochází z Asie. Odtud se roznesla po celém světě. Přestože její typické prostředí jsou spíše jižní kraje, setkáváme se s ní v hojné míře i u nás. Nemá příliš velké nároky na pěstování.

Kanabinoidní látky mají velký potenciál ke kladnému využití. Především jejich analgetický vliv napomáhající potlačení nevolností a zvracení se používá již od roku 1991 k zlepšení stavu u nemocných s AIDS a při chemoterapiích nádorových onemocnění. V budoucnu by se účinná konopná látka (THC) mohla stát pomocníkem především v neurologii při léčbě Parkinsonovy choroby, roztroušené sklerózy,

Alzheimerovy choroby či migrén. Další využití se předpokládá ve vnitřním a očním lékařství.

V poslední době se hovoří o konopných látkách spíše ve smyslu nelegálního trhu a nelegálního užívání. K nejzákladnějším druhům, vyskytujícím se na našem černém trhu, patří marihuana a hašiš.

Marihuana, sušené květenství samičí rostlinky. Můžeme se setkat s názvy tráva, maruška, ganja **(5)**. Je to lepkavá látka s velice charakteristickým aroma. Určitým trendem je pěstování Cannabis v domácím prostředí, tzv. „indoor“. Jedná se o pěstování za umělého osvětlení a za podpory hydroponie. Takto šlechtěné odrůdy můžou někdy dosáhnout velkého obsahu účinné látky, tj. až 20 % a více. Přičemž běžný obsah účinné látky bývá u rostlin vypěstovaných u nás 2 – 8 % a v zahraničí 6 – 14 %.

Hašiš, slangově shit nebo čokoláda **(5)**, je dalším zástupcem konopných látek. Získává se směsí z pryskyřice rostliny a malého obsahu květenství a dalších nečistot. Barva se pohybuje mezi tmavě zelenou a hnědou. Hnědá barva je pro hašiš typičtější. Mnohdy závisí na původu (světle hnědý z Maroka a tmavě hnědý z Afghánistánu). Obsah aktivní látky v hašiši je okolo 40%, což je mnohem více než v marihuaně. Při dnešních nových technologiích pěstování marihuany se však již rozdíl mezi obsahy účinné látky vyrovnávají.

Aplikace konopných látek bývá zpravidla kouřením. Málokdy se objevují jiné způsoby. Pokud ano, bývá to perorální užití. V tomto případě jsou konopné látky užívány jako součást nápoje či pokrmu. Množství užívané látky se pohybuje mezi několika desetinami gramu až několika gramy. U stálých uživatelů většinou velikost dávky závisí na hladině, kterou mají v těle. Dále také závisí na obsahu aktivních látek ve vzorku a na zkušenostech uživatele.

U konopných drog nelze s přesností určit, jak bude probíhat intoxikace. Záleží na mnoha faktorech, které ovlivňují intoxikaci. Především na tom, v jakém rozpoložení se uživatel právě nachází (zdali je unavený, co od drogy čeká, v jakém prostředí drogu užívá, jakou má náladu), na obsahu účinné látky v jedné dávce nebo na tom, zda jde o častého či méně častého uživatele. Při aplikaci kouřením je nástup účinku poměrně rychlý, během několika sekund až minut. Trvá pak 3 – 6 hodin. Prvními příznaky

intoxikace je sucho v ústech, pocity hladu a chlad. Dále nastávají poruchy v orientaci času a ve vnímání prostoru. Mohou nastat sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové halucinace. Tyto stavy bývají doprovázeny euforií a dobrou náladou. Celkový stav by se dal přirovnat ke stavu meditativní. Mohou se objevit i náhlé návaly euforie a nezadržitelné výbuchy smíchu. Deprese a agresivní chování se vyskytují spíše u jedinců s určitými vrozenými dispozicemi. Zřídka kdy může dojít k nevolnostem a zvracení.

Pokud mluvíme o rizicích spojených s užíváním konopných látek, není zatím znám případ předávkování s následkem smrti. Obecně je názor odborníků takový, že fyzická závislost na konopných látkách nevzniká a pokud jde o závislost psychickou, jedná se asi o 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Výjimečně mohou nastat odvykací stavy, které jsou popsány jako psychomotorický neklid, deprese, úzkost, bolesti hlavy aj. Za účinnou metodu v odstraňování těchto stavů se považuje podpůrná psychoterapeutická intervence. Při dlouhodobém užívání hrozí stavy zmatenosti, poruchy myšlení a deprese. Většinou je vznik těchto stavů podmíněn vrozenou dispozicí a užívání těchto látek může fungovat jako spouštěcí mechanismus pro latentní psychická onemocnění (12).

Česká republika je jednou ze dvou zemí s nejvyšší prevalencí užití konopných látek v posledních třiceti dnech. Druhou zemí je ostrov Man. V porovnání s předchozími lety však došlo k pozastavení nárůstu zkušeností s konopnými látkami. Na druhou stranu došlo v České republice k nárůstu nových uživatelů drog a situace se stabilizovala (6).

Současný stav užívání návykových látek

V České republice je užívání tabáku, alkoholu a konopných látek u šestnáctiletých nad evropským průměrem. Úroveň užívání konopných drog je v České republice i přes stabilizaci rostoucích trendů stále nejvyšší. Oproti tomu nastal pokles v užívání nekonopných drog, především extáze. V této oblasti se čeští studenti propadli k evropskému průměru.

S užíváním konopných látek má zkušenost asi 45% českých šestnáctiletých. Na druhém místě v užívání nelegálních drog jsou léky se sedativními účinky (9%), dále pak čichání rozpouštědel (7%), LSD a extáze (5%), amfetaminy (3%) a nejmenší zkušenost mají čeští šestnáctiletí s heroinem a kokainem (1%) **(6)**.

1.5.2 Školní drogová prevence

Školní drogová prevence by se dala definovat jako souhrn určitých aktivit, iniciativ a postupů, které mají za úkol zamezit sociálním, zdravotním i právním důsledkům užívání drog. Jak již vyplývá ze samotného výrazu „prevence“, jedná se především o předejití setkání dítěte s drogou a pokud již tak nastane, tak aby to bylo co nejpозději. Dále zabránit užívání drog a závislosti na drogách nebo snížit míru obtěžování, kterou působí uživatel na okolí.

Se všemi těmito aspekty se můžeme setkat ve školní drogové prevenci. Jsou však omezeny na specifické školní prostředí. Zabývá se především prevencí užívání drog a snaží se aby žáci dostali co nejvíce pravdivých informací o rizicích spojených s užíváním drog a to jak po stránce zdravotní, tak i sociální a právní **(7)**.

Všeobecná prevence

Základem prevence na školách je minimální preventivní program, který je definovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Cílem minimálního preventivního programu je podpořit zdravý životní styl dětí a předejít veškerému rizikovému chování, tedy ne jen užívání návykových látek. V programu se používají různé techniky. Kromě prostého předávání informací se využívají i různé interaktivní techniky, hry, nácviky dovedností, techniky rozvoje osobnosti nebo zážitkové programy. Realizaci minimálního preventivního programu na škole má na starosti školní metodik prevence, který by měl do projektu zapojit jak ostatní pedagogy tak i rodiče. Na preventivním programu se často účastní neziskové organizace. Ty

v posledních letech nejvíce využily dlouhodobých interaktivních programů. Tedy takových, které trvaly 2 a více let **(19)**.

Selektivní prevence

Tento druh prevence se využívá u skupiny dětí, u kterých lze předpokládat zvýšené riziko vzniku nežádoucího chování. Do této skupiny patří děti vyrůstající v sociálně nevhodném prostředí, děti, které dlouhodobě žijí v rodině alkoholiků či uživatelů drog, děti vyrůstající mimo vlastní rodinu (např. v ústavním zařízení), děti z kulturně odlišného prostředí a v neposlední řadě děti s nespecifickými a specifickými poruchami chování či učení. Vzhledem k tomu, že tyto skupinky potřebují rozdílný přístup, je selektivní prevence poněkud náročnější na čas i na odbornou kvalifikaci preventistů. Bylo prokázáno, že nejúčinnější programy selektivní prevence jsou založené na rodinné terapii, psychoterapii, poradenství a nácviku sociálních dovedností. Dále se jako účinné prokázaly nízkoprahové kluby pro mládež a peer programy. Naopak jako neúčinné se projevíly jednorázové přednášky a varovné příklady **(19)**.

Indikovaná prevence

Indikovaná prevence se nezaměřuje přímo na zamezení nebo oddálení užívání drog, ale jejím cílem je snížit frekvenci užívání návykových látek, rizika a následky jejich užívání. Programy této prevence se zaměřují na děti, které jsou již přímo ohroženy a dokonce vykazují známky rizikového chování. Touto prevencí se zabývají státní i nestátní instituce. Například centra včasné intervence, střediska výchovné péče a částečně i linky důvěry. Tento druh prevence je orientován téměř výhradně na jednotlivce a jeho rodinu **(19)**.

1.5.3 Efektivní drogová prevence ve školách

Za efektivní, neboli účinný program se považuje takový, který dokáže splnit dlouhodobé i krátkodobé cíle v co nejkratší době s minimálními finančními i personálními náklady. Je důležité, řídit se programy, které jsou prokázané praxí jako účinné, složkami daného programu či praxe, které zvyšují účinnost prevence a jednotlivými faktory, které ovlivňují výuku a dokonce mohou působit i na zvýšení účinnosti prevence. Tyto prvky mohou dohromady působit jako kontrola pro účinnou drogovou prevenci.

Aby se dalo zjistit, zda je školní drogová prevence účinná, musí být přesně stanoveny dlouhodobé i krátkodobé cíle. Použité metody v programu musí být snadno měřitelné. Následně je důležité použít správné metody monitorování a evaluace. Hodnocení účinnosti programu není příliš snadné. Školní prostředí jsou velice různorodá a hlavně nefungují jako uzavřený výzkumný systém. Studenti jsou poměrně značným způsobem ovlivňováni svým mimoškolním životem, kde jsou konfrontováni se spoustou dalších názorů, zážitků či informací.

Za programy účinné školní prevence tedy považujeme ty, které dokáží oddálit studentovo první setkání s drogou, zabránit prvnímu užití drogy nebo sníží frekvenci užívání drog. Dále by měl účinný program snížit zdravotně sociální rizika a potíže s fungováním ve škole, které mohou nastat v důsledku užívání drog, měl by poskytnout studentům takové informace, aby byli schopni se zodpovědně rozhodnout, zda budou užívat drogy nebo ne. V neposlední řadě se účinnost programu pozná podle toho, zda jsou tyto výsledky dlouhotrvající (7).

1.6 Nedrogové závislosti

1.6.1 Závislost na počítačích

Závislost u člověka může vzniknout prakticky na všem, co mu pomáhá uniknout před nepříjemnými pocity, potlačuje je nebo mu naopak způsobuje pocity příjemné **(25)**.

U tohoto druhu závislosti je velice tenká hranice mezi častým užíváním počítače a závislostí. Jedním z důvodů je také to, hraním na počítači nevzniká závislost fyzická, nýbrž psychická. Je důležité sledovat příznaky, které nasvědčují o závislosti. Typickým příznakem je stav podobný transu, který se dostavuje při hraní počítačových her. Dále se může závislost projevit přehnaným vzdorem při rodičovském zákazu hraní nebo příliš dlouhou dobou strávenou u počítače. Dalšími příznaky může být pocit prázdnoty, když jedinec právě neužívá počítač, vstávání či ponocování kvůli pobytu u počítače, kradení peněz na nákup her, problémy v rodinných vztazích a ve škole, zhoršený prospěch ve škole či absence nebo zanedbávání jiných zájmů a přátel **(36)**.

Závislosti vznikající v důsledku užívání počítače můžeme rozdělit na závislost na internetu a závislost na počítačových hrách **(25)**.

Závislost na internetu - netomanie

Tato závislost by se dala srovnat s gamblingem. U obou těchto závislostí je typická ztráta ovládnutí se a touha po chování, které vzbuzuje příjemné pocity. Dnes propadají internetu nejvíce lidé ve věku mezi dvaceti a třiceti pěti lety.

Závislost na internetu způsobuje jedinci problémy v oblastech fyzických, psychických i sociálních. Fyzická zátěž se projeví především ve vadách páteře, špatném držení těla. S tím většinou souvisí poruchy funkce krevního oběhu. Dále může dojít k postupnému poškození očí a v neposlední řadě je pro lidský organismus nebezpečný i stres, kterému je jedinec vystavován při neustálém vyhledávání nových informací na internetu. S tím souvisí i psychické potíže, které vznikají právě na podkladě poškození mozkových neuronů v důsledku stresu. Organismus může být zcela přetížen a zahlcen informacemi. Dochází k poruchám a kvalitě pozornosti. Po stránce sociální hrozí nebezpečí v podobě absence komunikace a interakce mezi daným jedincem a okolím. Velké nebezpečí hrozí především u dětí, které se díky okolí musí naučit komunikovat s vnějším světem. Počítač je však těmto dovednostem nenaučí.

Naopak výrazně snižuje výrazové komunikační prostředky. Jedinci, kteří se stanou závislí na erotických stránkách, mohou mít velké problémy ve svém partnerském i sexuálním životě.

Příčinou netomanie bývá to, že daní jedinci se nepotřebují realizovat v opravdovém světě, ale mnohdy jim postačí virtuální zážitek nebo uspokojení pomocí fantazie. Internet se stává pro jedince bezpečnou virtuální realitou, ve které mu nehrozí žádné nebezpečí. Na rozdíl od světa reálného. Tento stav má však jisté dopady na jeho psychiku.

Vznik závislosti na internetu je podmíněn především dvěma skutečnostmi. Jednak se ukazuje, že lidé, kteří se zabývají více sebou samým než okolním světem, jsou na internetu závislejší než ti, kteří to mají opačně. Dalším faktem přispívajícím k závislosti na internetu je nízké sebevědomí či pochybnosti o vlastní osobě. Tito jedinci, kteří se v běžném životě považují za méněcenné získávají na internetu pozitivní odezvu na svoji osobu **(25)**.

Posouzení toho, zda je jedinec na internetu závislý, je velice těžký úkol i pro odborníky. Málokdy se odborníci shodnou, kde se vlastně nachází hranice mezi běžným používáním a závislostí. Některé studie dokonce tvrdí, že užívání internetu v rozmezí 5 – 25 hodin týdně by mohlo být patologické **(32)**.

Prvními příznaky závislosti na internetu je stále delší doba, kterou jedinec tráví u počítače, bez jakéhokoli cíle, má neustále nutkavou potřebu prohlížet svou e-mailovou poštu, prohlížet různé servery, myslí na internet při jiné činnosti, odkládá své záliby. Netoman si většinou uvědomuje svojí závislost a snaží se jí skrýt před ostatními. Určitým znakem netománie je využívání specifických internetových služeb, do kterých patří online komunikace (chat, mail atd.), online aukce, nakupování, online pornografie či počítačové hry. Nejčastějším znamením netománie je nutkavé vyhledávání a používání online sexuálních služeb. Největší nebezpečí hrozí jedinci, který neuspokojí svoje reálné vztahy a jakousi náhradu nachází ve virtuálních vztazích **(25)**.

Závislost na počítačových hrách

Hráč počítačových her většinou pomocí hry uniká z reálného světa, ve kterém se necítí dobře nebo má určité problémy, které nedokáže vyřešit. Pro hráče je hraní her lákavé především proto, že je snadno dostupné, představuje zjednodušení reálného světa, nabízí poznání nových, netradičních zážitků, přesouvá hráče do jiného světa a umožňuje mu hrát určité role.

Možnost vzniku závislosti stoupá s nově nabytými zkušenostmi ze světa vytvořeného hrou. Rizika závislosti na počítačových hrách lze spatřovat v několika oblastech. Jednou z nejzávažnějších oblastí je násilí a agrese. Při hraní určitých her dochází k nácviku a prožitku násilí. Hráč se může pokusit o totéž násilí i v realitě, popřípadě pomocí násilí a agrese řešit složité situace. Pokud jde o oblast životního způsobu hráčů, dochází i zde ke změnám. Jedinci závislí na počítačových hrách mění v důsledku patologického hráčství své zájmy i hodnoty. U hráčů dochází k pozastavení sociálního zrání, k deformaci v komunikaci i v sociálním cítění. V neposlední řadě je zasažena i oblast fyzická, duševní a duchovní. Hráč má velkou absenci pohybu. Častým sezením u počítače tak trpí páteř, svaly i oči. Závislostí na počítačových hrách je ohrožen i sociální vývoj jedince, jeho schopnost navazovat a udržovat kontakt. Dalším problémem je neuvědomování si reality času, které vede k postupnému prodlužování času věnovanému hraní her. Vytvořený svět hry se tak pro hráče stává pravým světem (25).

Prevence závislosti na počítačových hrách

Primární prevence by měla být poskytnuta v rodině nebo v přirozeném prostředí kde dítě vyrůstá. Rodiče by se měli všímat toho, jaké hrají jejich děti hry. Jsou i hry takové, které mohou na dítě působit pozitivně a rozvíjet jejich schopnosti. Je důležité klást důraz na správný výběr her. Je dobré hrát hry společně s dětmi. Pomůžeme jim tím poznat, co je realita a co fikce. Každé dítě by mělo mít přesně stanovené, kdy může hrát. Je důležité vědět, zda dítě nehraje hry u kamarádů. Pokud dítě hraje často počítačové hry, měl by rodič zjistit, zdali prostřednictvím této aktivity neutíká od

nějakých problémů. Rodič by zároveň měl zabránit tomu, aby se dítě nenudilo a podporovat ho v různých zájmech. V neposlední řadě je důležité posilovat zdravé sebevědomí dítěte **(36)**.

1.6.2 Závislost na mobilních telefonech

Mobilní telefony s sebou přináší kromě pozitivních vlastností také vlastnosti negativní. Jedná se o závislost na telefonu nebo o určité problémy vznikající v důsledku užívání mobilního telefonu. Rizika užívání mobilního telefonu by se dala shrnout do čtyř oblastí.

1. Jedinec ztrácí schopnost spoléhat sám na sebe a to jak v náročných, tak i v běžných situacích. Často přeceňuje své schopnosti a dovednosti a spoléhá na to, že kdyby se něco stalo, má přeci mobilní telefon.
2. Může dojít k narušení sociálních vazeb, když např. na schůzce s kamarádem začnu s někým telefonovat. Schůzka je tím narušena a druhá osoba se cítí poněkud navíc. Často také dochází k absenci osobního setkání a naopak k preferování telefonního kontaktu.
3. Problém nastává i v situaci, kdy rodiče nemají čas starat se o své děti a jako náhradu péče jim pořizují mobilní telefon. Rodiče tak mají pocit, že výchovu svých dětí mají stále pod kontrolou. Většinou je to však přesně naopak.
4. Používání mobilního telefonu může být využito i jako únik z tíživé situace. Typický je příklad ze společnosti, např. z párty, na které je jedinec přehlížen. Místo aby se snažil zapojit do komunikace s druhými, použije svůj telefon a tváří se, že musí něco nutně vyřídit.

Patologické užívání mobilního telefonu se objevuje také ve formě šikanování a mobbingu **(25)**.

1.6.3 Závislost na televizi

Charakteristika jedinců závislých na televizi je stejná jako u netomanů. Pokud jde o děti a adolescenty, může u nich dojít ke ztrátě blízkých vztahů k vrstevníkům. Pomalu ztrácí emoční citění, dochází ke konfliktům s lidmi, pramenícím většinou z neplnění povinností a závazků. Dále nastupuje morálně emoční otupění a to především u dětí a mladistvých. Chovají se zhlouple, neeticky, žebříček hodnot mají postaven poněkud egoisticky. Jedinci závislí na televizi prožívají životy svých seriálových a filmových hrdinů, dokonce svůj denní harmonogram uzpůsobují televiznímu programu. Realita se pro ně stává cizí, obtěžující a nezábavná. Nadměrným sledováním televize vznikají u člověka i psychické změny. Především klesá schopnost již zmíněné empatie. Prožívání člověka se může měnit po shlédnutí určitých scén. Příkladem jsou agresivní scény, které mohou vyvolat u některých jedinců agresivní chování nebo scény erotické mohou zvyšovat sexuální apetenci. Dokonce bylo dokázáno, že sledování filmů, které navozují stres, tedy např. filmů s agresivní tematikou, může způsobovat vyplavování tzv. excitační aminokyseliny v mozku, která ničí nervové buňky. U malých dětí může dojít až k poruchám paměti, pozornosti nebo dokonce snížení inteligenčního kvocientu (25).

1.6.4 Patologické hráčství

Pokud mluvíme o závislosti u dětí nebo mladistvých, hraje zde důležitou roli vazba závislého jedince na rodinu. Ta má největší možnost zapůsobit na problémové dítě a vytvořit nátlak ke změně jeho patologického chování. Když se rodičům nedaří správně zapůsobit na dítě, měli by zvolit určitou formu profesionální pomoci (20).

Patologické hráčství definuje Mezinárodní klasifikace nemocí jako poruchu spočívající v častých opakovaných epizodách hráčství, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků (34). Je důležité rozeznávat dva pojmy a to hazardní a patologické hráčství. Hazardní hráč má svou hru pod kontrolou a hlavním motivem jeho hraní je výhra. Naopak patologický hráč neboli

gambler má velice silné nutkání hrát, které nedokáže ovládnout. Často na hraní myslí a hlavním důvodem hraní není výhra ale samotná hra **(8)**.

Vznik patologického hráčství má na svědomí většinou hned několik faktorů. Těmito významnými faktory jsou především stresové situace, nabídka hry jako spouštěcí podnět a osobnostní vlastnosti **(35)**.

Prevence patologického hráčství

Základním působením škol v prevenci patologického hráčství bývá zákaz hraní jakýchkoli hazardních her v budově školy. Jedna pražská škola dokonce razantně vystoupila proti tomu, aby byla v její blízkosti postavena herna. Pokud jde o výuku, bývá prevence patologického hráčství zasazena do předmětů, ve kterých je probírána výchova ke zdravému způsobu života. Jako efektivní se také prokázaly peer programy nebo jiné interaktivní postupy **(8)**.

1.7 Rizikové sexuální chování

V devadesátých letech bylo prokázáno, že většina českých adolescentů bylo promiskuitnější než jejich vrstevníci z jiných zemí. Přesto však pouze velmi malá část z nich, tedy necelých 10%, používala při pohlavním styku pravidelně kondom. Dvě čtvrtiny dotázaných dokonce uvedly, že kondom nepoužívají nikdy. Tato situace se postupem času zvolna zlepšuje, ale stále se nejedná o ideální stav **(27)**.

Puberta je obdobím, ve kterém se vytvářejí předpoklady pro pohlavní život a zároveň touha po něm. Pocity a názory jedinců v tomto směru bývají ovlivňovány silným tlakem přicházejícím z okolí, od vrstevníků nebo dokonce od vlastního partnera. Při časném zahájení pohlavního života hrozí riziko vzniku traumat v budoucím životě, riziko otěhotnění či nakažení se pohlavní chorobou **(2)**.

1.7.1 Prevence rizikového sexuálního chování

Základem prevence rizikového sexuálního chování je pečlivý výběr partnera, věrnost mezi partnery a výběr spolehlivé antikoncepce. Již v dětství by se mělo začít s vytvářením pozitivního postoje ke zodpovědnému zdravému životnímu stylu. Velice významnými aspekty, které ovlivňují tento postoj, jsou rodinné vzory, dostatek kvalitních informací a smysluplné naplnění volného času **(2)**.

1.8 Prevence a její cíle podle věku

Předškolní věk 3 – 6 let

V tomto období je důležité, aby si děti uvědomily možná nebezpečí a možnosti, jak se jim účinně vyhýbat. Primární prevence by tedy měla být zaměřena na vytváření zdravých sociálních vztahů mimo rodinu a měla by posilovat hodnotu zdraví. Programy pro děti tohoto věku spadají většinou do nespecifické primární prevence **(33)**.

Mladší školní věk 6 – 12 let

Primární prevence v mladším školním věku by měla navazovat na primární prevenci v předškolním věku. To znamená, že by se měly prohlubovat a rozvíjet dovednosti, jak chránit své zdraví **(33)**. Zároveň by děti měly být informovány o škodlivosti alkoholu a tabáku. Dále by děti měly vědět takové základní informace, jako že léky jsou drogy a musí být užívány dle předpisů. Při zneužití hrozí nebezpečí. Měli by mít informace o tom, že některé drogy je zakázané vlastnit a že alkohol a cigarety jsou také drogy, ale vlastnit se můžou. Primární prevence by měla být také orientovaná na poznání fungování lidského těla v kontextu s užíváním drog. V neposlední řadě by měly být děti ujišťovány, že se mohou kdykoli obrátit na učitele nebo na rodiče **(23)**.

Starší školní věk 12 – 15 let

Za cíl v tomto období si primární prevence klade rozvoj sociálních dovedností, do kterých je zahrnuto zdravé navazování kontaktů mimo rodinu, dovednost samostatného rozhodování nebo schopnost efektivního řešení problémů. Stěžejním místem v primární prevenci ve starším školním věku jsou specifické programy zaměřené na otázku návykových látek **(33)**. P – centrum v Plzni, které se mimo jiné zabývá dlouhodobým programem primární prevence rizikového chování u dětí na 2. stupni základních škol, dělí primární prevenci do čtyř bloků, které probíhají od 6. do 9. třídy **(11)**. V 6. třídě je prevence soustředěna na mezilidské vztahy, vlastní hodnoty, postoje, na vztahy ve třídě a na hodnotu zdraví. V 7. třídě je kladen důraz především na vztahy ve společnosti, zásady správné komunikace, předsudky a vysvětlení pojmu tolerance, diskriminace atd. V neposlední řadě je tento blok věnován také virtuálním drogám. Drogové závislosti v primární prevenci získávají prostor v 8. třídě. Mělo by se zde poukázat na příčiny braní drog, léčbu drogových závislostí, rozdělení drogy na legální a nelegální a také na zákony v oblasti drog. Děti v 8. třídě by také měly být seznámeny se systémem péče pro uživatele drog. Z nedrogových závislostí je v tomto bloku věnována pozornost gamblingu, jeho příčinám a nebezpečí patologického hraní. Poslední blok v 8. třídě patří sektám a extremistickým hnutím. V deváté třídě se prevence zaměřuje na partnerství a jeho význam, rizika spojená s předčasným zahájením pohlavního života, sexualitu, pohlavně přenosné choroby a antikoncepci. Do bloku je zařazena i problematika sexuálního zneužívání **(3)**.

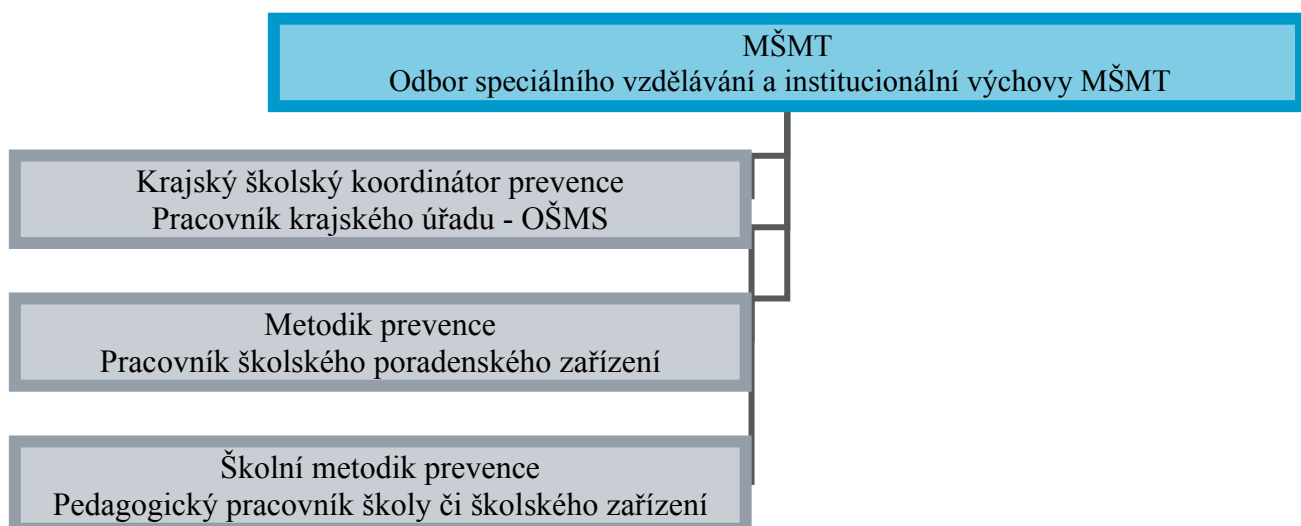
1.9 Hlavní subjekty systému resortu školství, mládeže a tělovýchovy pro oblast primární prevence

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má na starost vedení a koordinaci sítě koordinátorů. Ti jsou tvořeni krajskými školskými koordinátory prevence, což jsou

zaměstnanci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů, dále metodiky prevence, kteří působí v pedagogicko – psychologických poradnách a školními metodiky prevence. Školní metodikové prevence jsou vybraní pedagogové působící ve školách a školských zařízeních.

Je dokázáno, že systém koordinátorů a metodiků, jejich činnost a propojenost, je velice přínosný pro oblast primární prevence **(30)**.

Znázornění sítě koordinátorů **(30)**.



2 Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Zhodnotit primárně preventivní dění vybraného nežádoucího chování u dětí na základních školách v Plzni.

2.2 Hypotézy

1. V primárně preventivním dění převažuje prevence drogové závislosti
2. Primární prevence virtuálních drog na základních školách v Plzni není včasná.

3 Metodika

2.3 Použitá metodika

K vypracování praktické části bakalářské práce jsem využila kvantitativní výzkum a metodu dotazování. Ke sběru dat jsem použila techniku dotazníku **(14)**.

Výzkum jsem prováděla v devátých třídách třech základních škol v Plzni. Respondenti, tedy žáci devátých tříd základních škol, odpovídali na otázky uzavřené i otevřené. Na oba dva typy otázek měli možnost odpovědět jednou nebo více odpověďmi.

První blok otázek se zabýval základními identifikačními otázkami (věk, pohlaví, velikost města, avšak neobsahoval údaje vedoucí k identifikaci respondenta. Další blok

otázek se vztahoval k subjektivním pocitům respondenta, jak se v současné době cítí celkově, doma a ve škole. Od čísla osm pokračovaly otázky týkající se zkušeností s alkoholem na které navázaly otázky, ve kterých měli respondenti odpovídat na své zkušenosti s používáním mobilního telefonu, počítače a výherních automatů. Otázky 24 až 28 se zabývaly užíváním a dostupností nelegálních drog. Blok otázek zaměřený na šikanu byl rozložen v následujících pěti otázkách. V otázkách 36 až 39 hodnotili žáci základních škol informace o tabákových výrobcích, alkoholu, zakázaných drogách a šikaně. Poslední dvě otázky se týkaly zkušenosti s pohlavním životem.

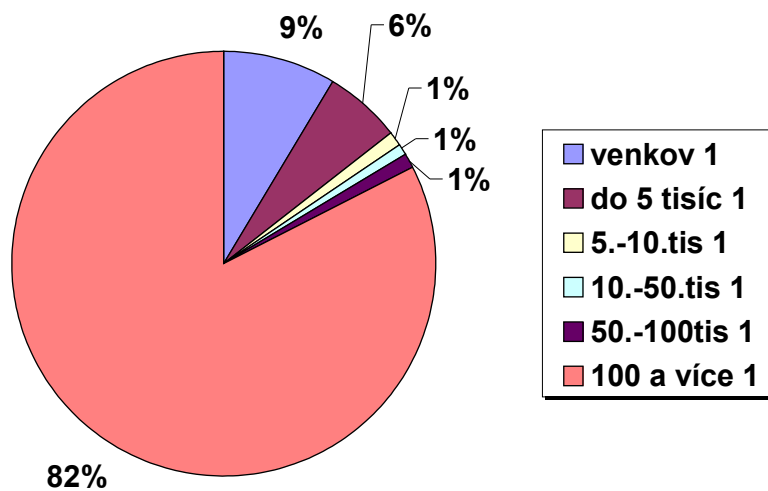
3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výběrový soubor tvořilo 102 žáků devátých tříd třech základních škol v Plzni. Žáci byli po domluvě s vedením školy osloveni přímo ve třídách. Základní školy byly vybírány s ohledem na to, aby se každá nacházela v jiné městské části.

Celkem bylo zpracováno 102 dotazníků. Výzkumný soubor byl vybírán kvótním výběrem, kdy kvótou byla poloha školy. Další kvótou byl věk respondentů.

4 Výzkum

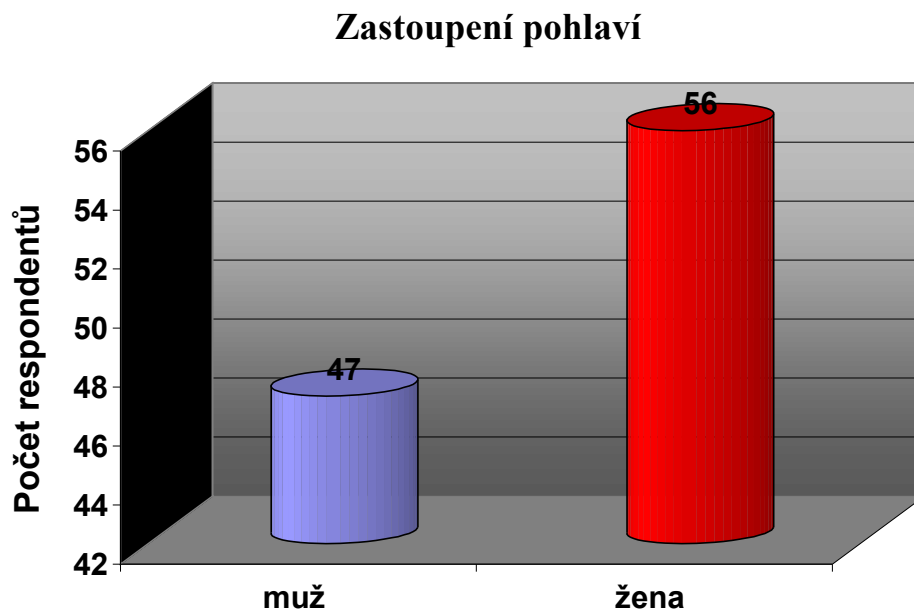
Velikost místa bydliště respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1, otázka číslo 1: Kde trvale žiješ?

Z grafu vyplývá, že většina respondentů, tedy 82 % žije ve městě nad 100 000 obyvatel. 9 % respondentů pak žije na venkově, 6 % ve městě do pěti tisíc obyvatel a ve zbylých městech žije vždy po jednom procentu respondentů.



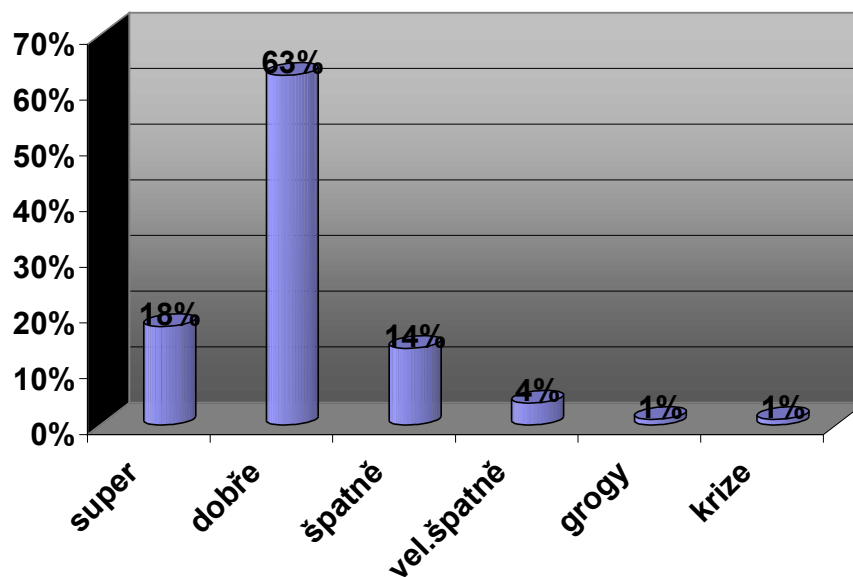
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2, otázka číslo 2: Jsi muž/žena?

V další identifikační otázce odpovídali respondenti na to, jakého jsou pohlaví. Podle grafu je zřejmé, že výzkumu se zúčastnilo 47 chlapců a 56 dívek.

Otázka číslo 3 se zaměřila na věk respondenta. Vzhledem k tomu, že respondenti byli vybíráni z devátých tříd základních škol, byl jejich průměrný věk 14,8 let.

Aktuální psychický stav respondentů (%)

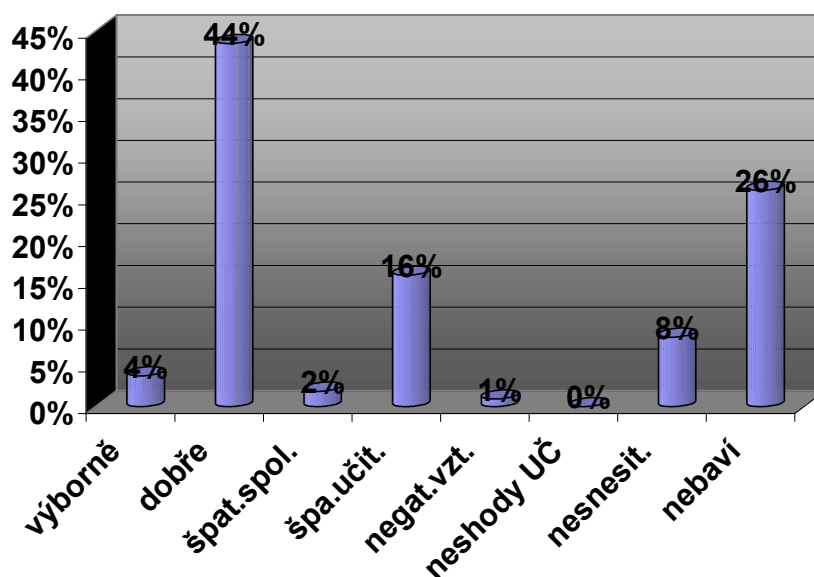


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3, otázka číslo 4: V současné době se cítíš:

Nejvíce dotazovaných se v současné době cítí dobře. Do této skupiny spadá 63 % respondentů. Velmi dobře, super, se cítí 18 % dotazovaných. Jako špatný hodnotí svůj psychický stav 14 % respondentů a jako velmi špatný 4 %. Akutní a dlouhodobá krize se objevuje pouze u 1 %.

Jak se respondenti cítí ve škole

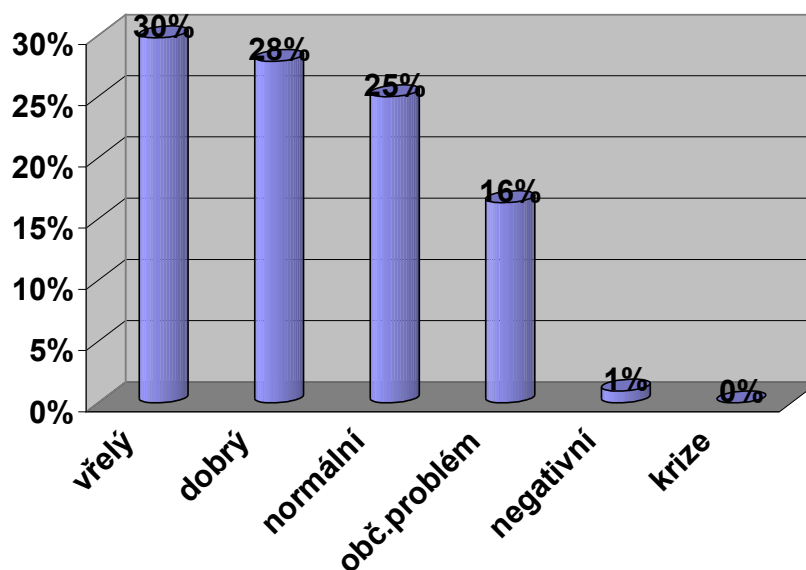


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4, otázka číslo 6: Ve škole se cítím:

44 % dotazovaných se cítí ve škole dobře. 26 % respondentů však škola nebaví, i když nemají žádné problémy s učiteli ani se spolužáky. Špatné vztahy s učiteli má 16 % dotazovaných. Nesnesitelné a odpor vyvolávající školní prostředí je pro 8 % respondentů. Dále 4 % žáků se cítí ve škole výborně, 2 % špatně kvůli problémům se spolužáky a 1 % žáků má ke škole negativní vztah kvůli stálým neshodám se spolužáky.

Vztah k rodinnému prostředí

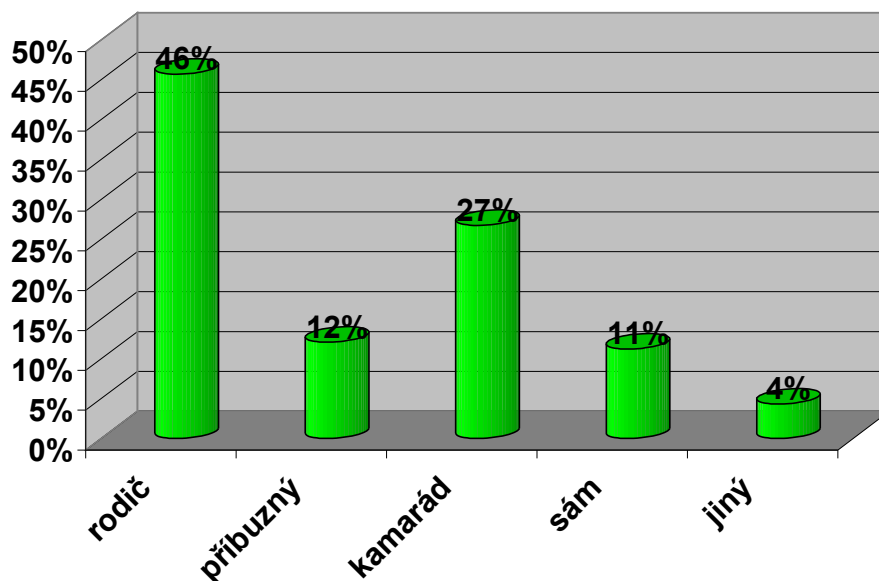


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5, otázka číslo 7: Ke svému rodinnému prostředí máš vztah:

Vřelý vztah ke svému rodinnému prostředí má podle výzkumu 30 % respondentů. 28 % dotazovaných má dobrý vztah k rodinnému prostředí, 25 % normální a 16 % respondentů uvedlo, že mají vztah občas narušený nedorozuměním a problémy. Pouze 1 % dotazovaných má negativní vztah k rodinnému prostředí. Trvalou rodinnou krizi v poslední době nezažil nikdo z dotazovaných.

Zdroj prvního podání alkoholu

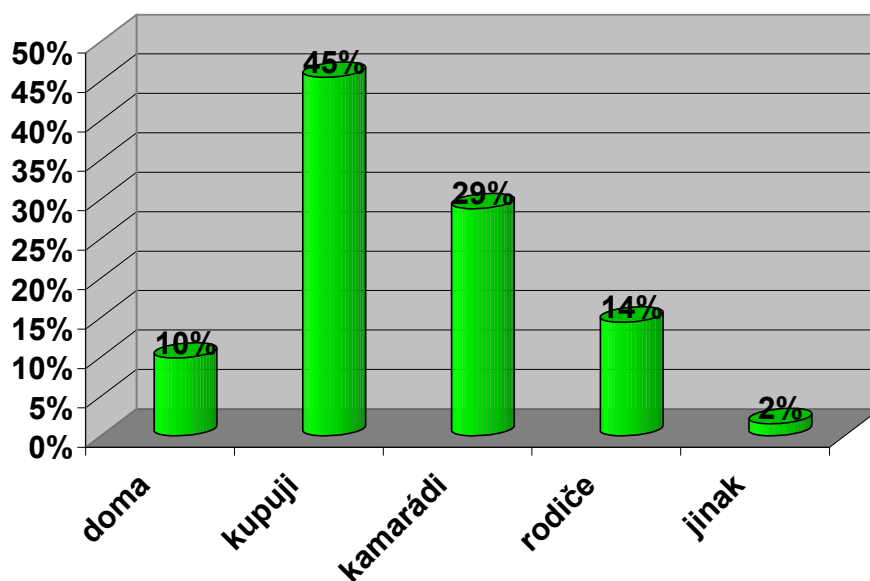


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6, otázka číslo 8: Ochutnal/a jsi již někdy alkohol?/Kdo ti jej podal?

Na tuto otázku odpověděl pouze jeden respondent, že alkohol nikdy neochutnal. Z odpovědí vyplynulo, že průměrný věk, kdy respondenti poprvé požili alkohol, je 10, 9 let. Nejčastějšími osobami, které poprvé podali alkohol jsou rodiče, a to ve 46-ti %. Většinou šlo o požití menší dávky alkoholu při různých rodinných oslavách. Na druhém místě v prvním podání alkoholu jsou kamarádi, kteří mají 27 %. 12 % respondentů odpovědělo, že první alkohol jim podal jiný příbuzný než rodič a v 11-ti % šlo o případ, kdy si respondent podal alkohol sám. 4 % respondentů uvedly, že jim alkohol podal někdo jiný, častou odpovědí byl rodinný přítel.

Způsob obstarávání alkoholu

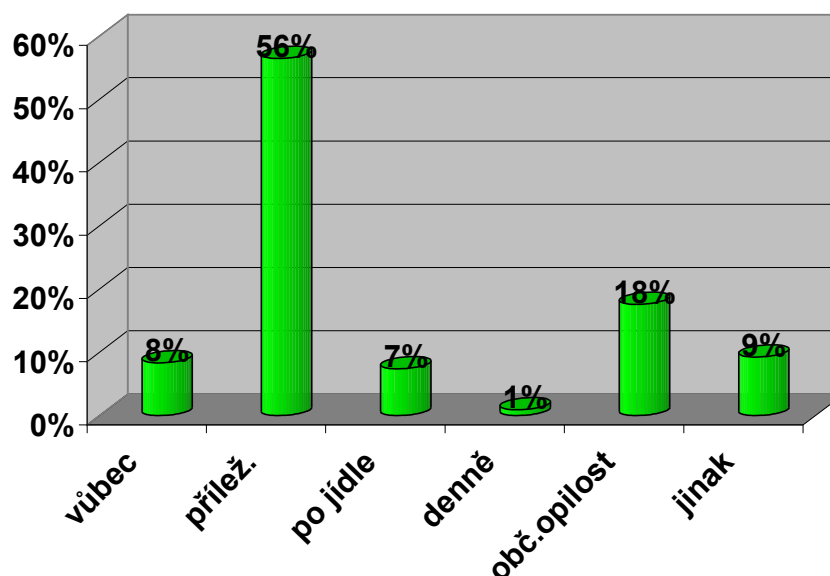


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7, otázka číslo 11: Jak si obstaráváš alkohol?

N tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů tak, že si kupují alkohol sami, i když jim není osmnáct let. Odpovědělo tak 45 % dotázaných. Kamarádi zajišťují alkohol 29 % dotázaných, rodiče 14 % a doma si alkohol obstarává 10 % respondentů. Pouze 2 % dotázaných odpovědělo tak, že alkohol získávají jinak. Nejčastěji od prarodičů.

Užívání alkoholu

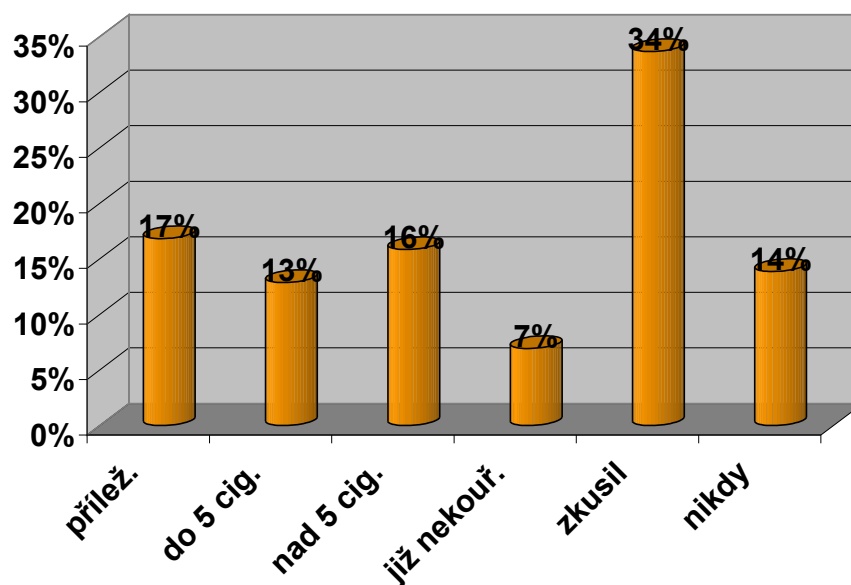


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8, otázka číslo 13: Jak často piješ?

Na otázku, jak často pijí dotazovaní alkohol, odpovědělo 56 % respondentů tak, že alkohol pijí příležitostně. K odpovědi „občas se opiji“ se přihlásilo 18 % respondentů. 9 % dotazovaných pije většinou jen při oslavách (sloupec jinak), 7 % požívá alkohol v malém množství, např. skleničku po jídle a 8 % respondentů nepije alkohol vůbec.

Užívání tabákových výrobků

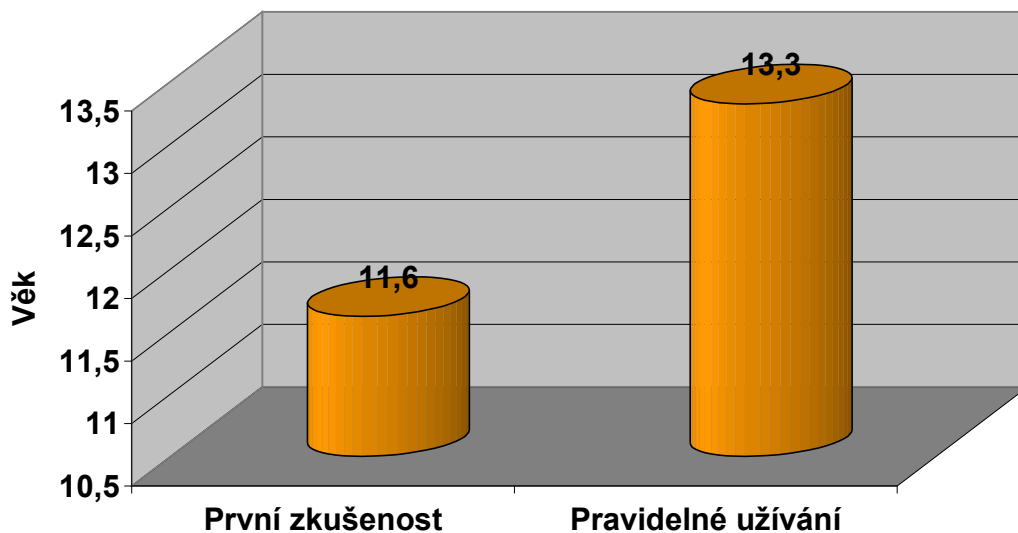


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9, otázka číslo 14: Kouříš tabákové výrobky?

Tabákové výrobky již někdy zkusilo, ale v současné době nekouří, 34 % respondentů. Příležitostně kouří 17 % respondentů, denně nad 5 cigaret 16 % a do pěti cigaret 13 % respondentů. 14 % respondentů nikdy kouřit nezkoušelo a 7 % kouřilo, ale již nekouří.

Užívání tabákových výrobků v závislosti na věku respondentů



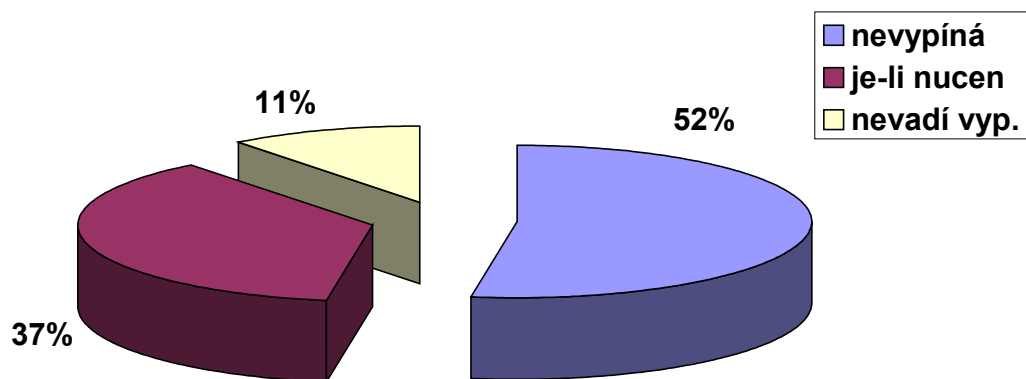
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10, otázka číslo 15: V kolika letech jsi zkusil/a tabákový výrobek?
otázka číslo 16: V kolika letech jsi začal/a pravidelně užívat tabákový výrobek?

První zkušenost s tabákovým výrobkem měli dotazovaní v průměru v 11,6-ti letech. Pokud začali užívat tabákové výrobky pravidelně, bylo to zhruba ve 13,3 letech.

Otázka sedmnáct se týkala vlastnění mobilního telefonu a věku, kdy respondent získal první mobilní telefon. Z výzkumu vyplynulo, že mobilní telefon vlastní 100 % respondentů. Průměrný věk kdy dotazovaní poprvé získali mobilní telefon je 9,5 let.

Vypínání mobilního telefonu



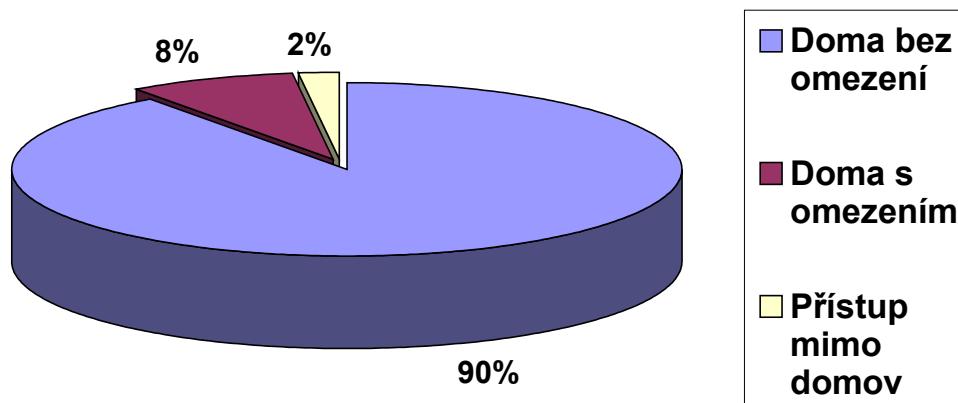
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11, otázka číslo 18: Vypínáš mobilní telefon?

Z grafu vyplývá, že 52 % respondentů nevypíná telefon nikdy. 37 % respondentů vypíná telefon pouze pokud je k tomu donuceno a 11 % telefon vypíná a nevadí jim to.

V otázce číslo devatenáct měl respondent pomocí pětibodové škály určit, jak se cítí, když nemá možnost komunikovat přes internet. V průměru vyšlo číslo tři. To znamená, že většina respondentů nemá dobrý pocit, když nemůže používat mobilní telefon.

Možnost přístupu k počítači

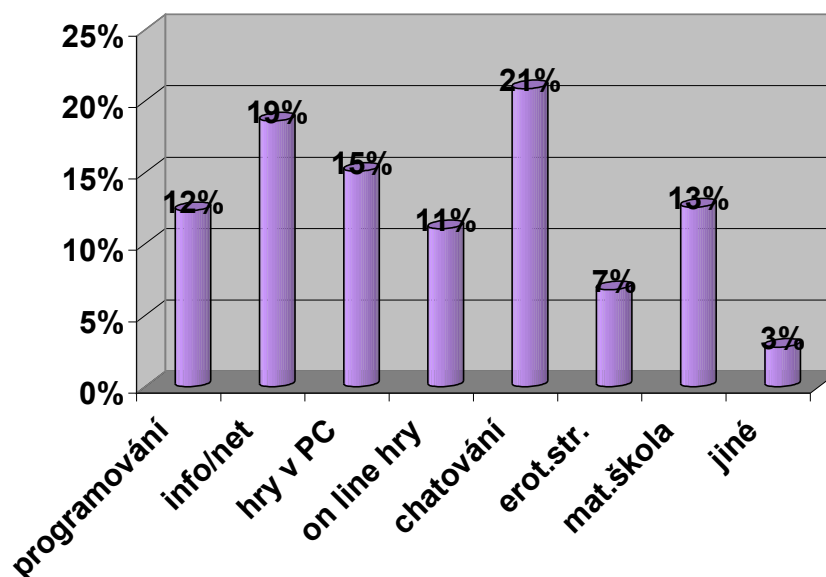


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12, otázka číslo 20: Máš přístup k počítači? (mimo školní výuku)

Neomezený přístup k počítači ve vlastní domácnosti má 90 % respondentů. 8 % respondentů má přístup také doma, ale s omezením a 2 % mají možnost přístupu mimo domov.

Využití počítače

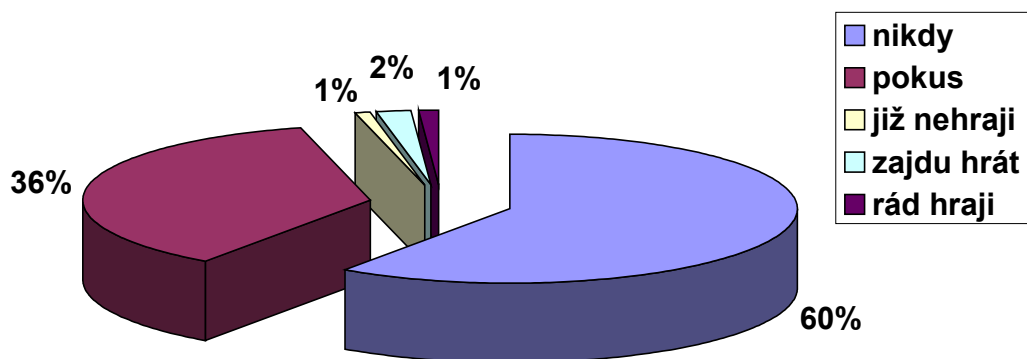


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13, otázka číslo 21: K čemu používáš počítač?

Na celkovém čase stráveném u počítače má největší podíl chatování, 21 %. Dále je to 19 % v získávání informací na internetu, 15 % mají hry uložené v PC a 13 % zpracovávání materiálů do školy. 12 % zaujímá programování, 11 % hraní on-line her a 3 % jsou věnované jiné činnosti, nejčastěji dotazování uváděli stahování hudby či filmů.

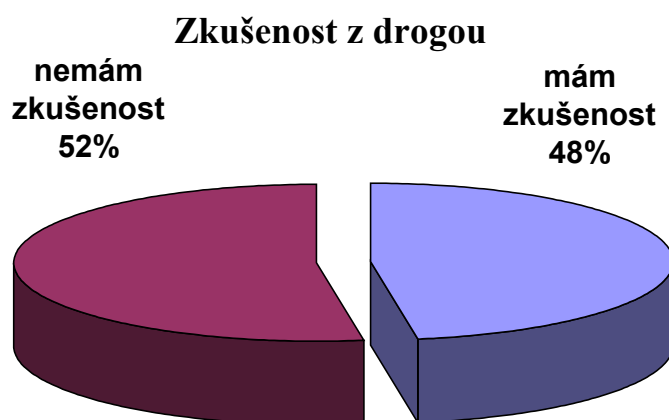
Zkušenost s hrou na výherních automatech



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14, otázka číslo 22: Máš zkušenosti s hrou na výherních automatech?

60 % dotazovaných odpovědělo na tuto otázku tak, že ještě nikdy na hracích automatech nehráli a ve 36-ti % to pouze zkusili. 2 % respondentů si zajdou občas zahrát, 1 % hrálo na hracích automatech, ale už nehrají a zároveň 1 % odpovědělo, že si rádo zajde občas zahrát.



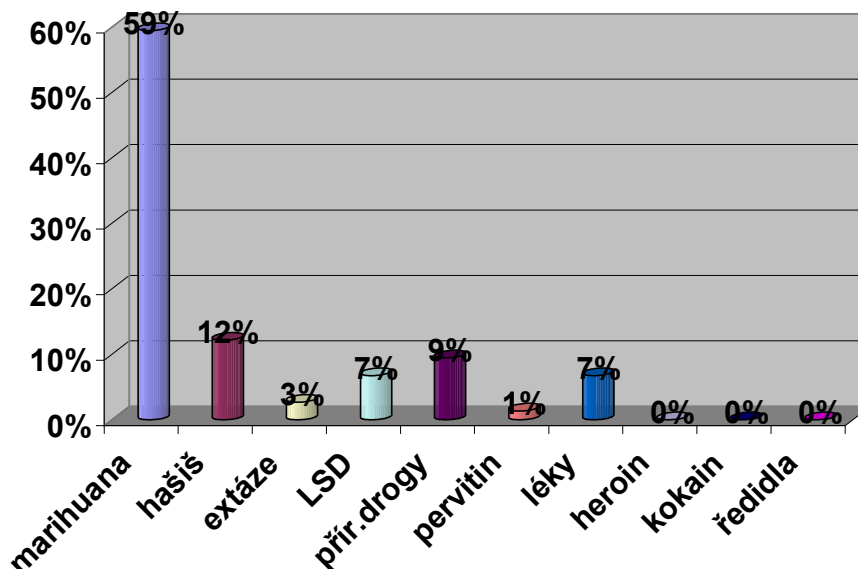
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15, otázka číslo 24: Zkusil/a jsi někdy nějakou zakázanou drogu?

Zkušenost s nelegální drogou má většina respondentů, tedy 52 %. Žádnou zkušenost se zakázanou má 48 % dotazovaných.

Podotázka této otázky se vztahovala ke druhu zakázané drogy, která byla respondentem užita. O této otázce vypovídá následující graf číslo 16.

Užívané drogy



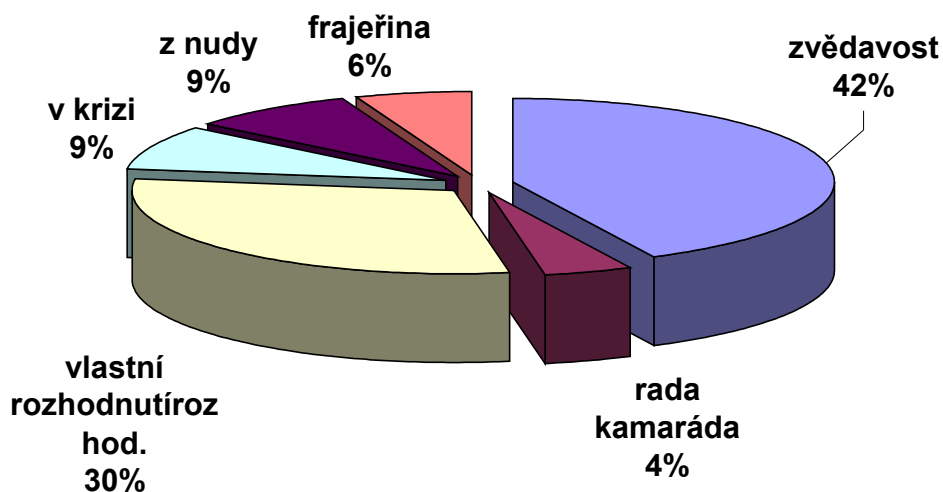
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16, podotázka otázky 24

Tato otázka měla za úkol zjistit, jaký druh zakázaných drog respondenti užili. V převážné většině se jednalo o užití marihuany, a to v 59-ti %. Hašiš užilo 12 % respondentů a přírodní drogy 9 %. Většinou šlo o přírodní drogy typu lysohlávek. 7 % dotázaných uvedlo, že již užili LSD a léky. Extázi užili 3 % a pervitin 1 % respondentů. K ředidlům stejně tak i k heroinu a ke kokainu se nevyjádřil žádný z respondentů.

První zkušenost s marihuanou měli respondenti v průměru ve 13, 6-ti letech. S hašišem ve 13, 2 letech, s extází ve 14, 5 letech a s LSD průměrně ve 14, 2 letech. Užití pervitinu se vztahuje ke 14-ti rokům, přírodní drogy ve 14, 4 letech a léky ve 12, 5 letech.

Důvody užití drogy

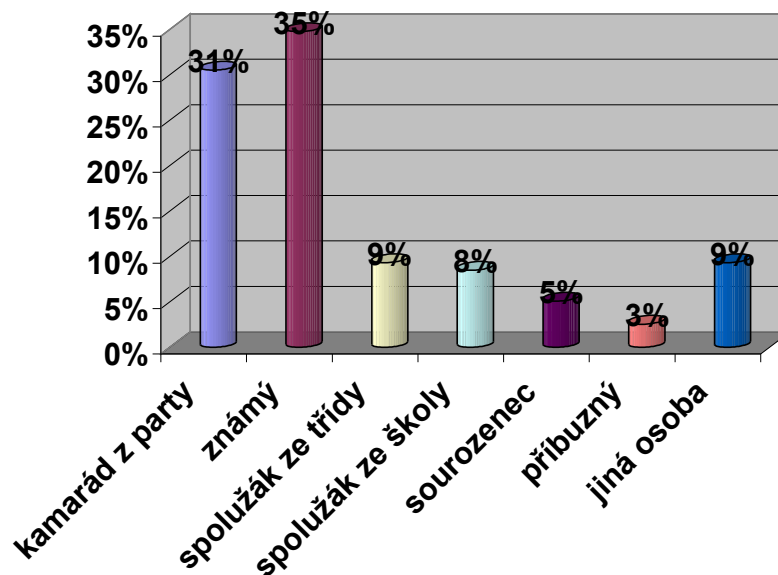


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17, otázka číslo 25: Pokud jsi někdy užil nějakou zakázanou drogu, proč k tomu tak došlo?

Nejčastějším důvodem užití drogy u dotazovaných byla zvědavost, a to ve 42 %. 30 % respondentů užilo zakázanou drogu z vlastního rozhodnutí, 9 % respondentů užilo drogu z nudy a ta samá část, tedy 9 %, v krizi. Díky frajeřině se s drogou setkala 6 % dotazovaných a 4 % požily drogu na radu kamaráda.

Způsob získání drogy

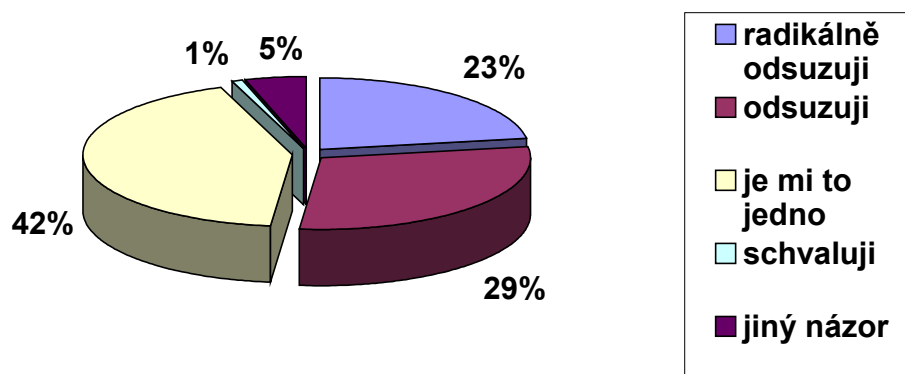


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18, otázka číslo 28: Od koho bys získal/a zakázanou drogu?

Zakázanou drogu by nejvíce respondentů, 35 %, pořídilo od známého. 31 % respondentů, by o drogu řeklo svému kamarádovi z party, 9 % spolužákovi ze třídy a stejný počet respondentů by drogu sehnal od jiné osoby. Nejčastěji šlo o dealera, který se pohybuje v jednom vyhlášeném plzeňském parku. 8 % respondentů by získalo drogu od spolužáka ze školy, 5 % od sourozence a 3 % od jiných příbuzných osob.

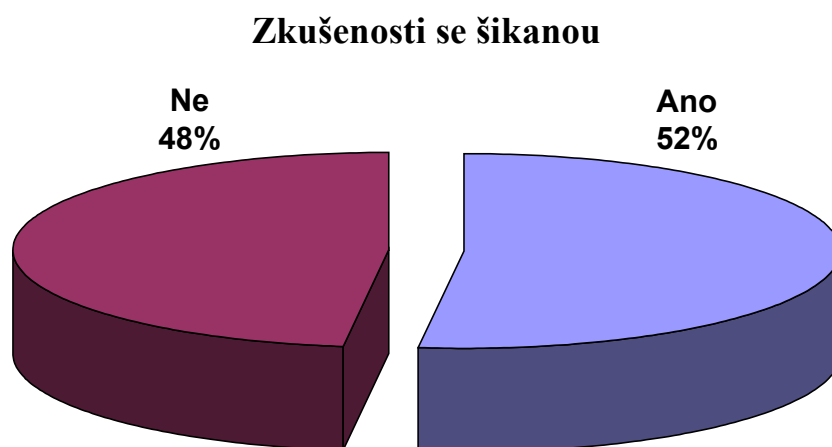
Názor na užívání drog



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19, otázka číslo 29: Užívání zakázaných drog jinými lidmi:

Užívání zakázaných drog radikálně odsuzuje 23 % respondentů a odsuzuje ale nevystupuje proti tomu 29 %. Kdežto většině respondentů je jedno, zda-li ostatní užívají drogy (42 %). Podle nich je to záležitost samotných uživatelů. 5 % dotázaných má na věc jiný názor a 1 % užívání zakázaných drog schvaluje.



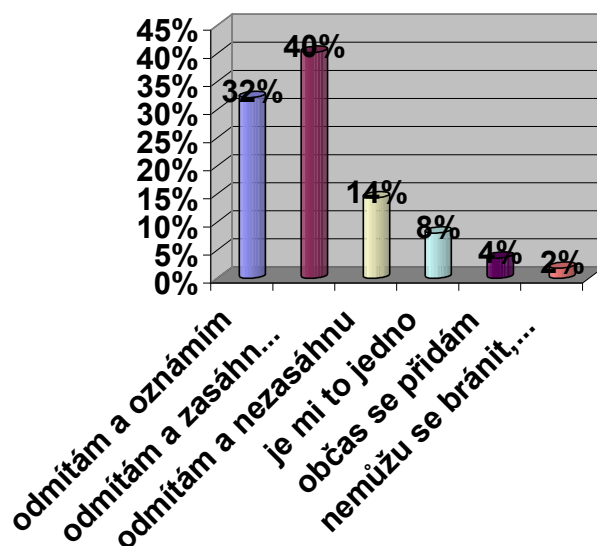
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20, otázka číslo 31: Máš zkušenosti s opakovaným ubližováním (šikana)?

Zkušenost s šikanou mělo 52 % dotázaných. 48 % se se šikanou nikdy nesetkalo.

Otázka číslo 32 byla zaměřená na to, koho se šikana týkala. 29 % respondentů uvedlo, že se šikana týkala spolužáka ze třídy, v 11-ti % šlo o kamaráda a v 10-ti % o samotného respondenta. Dalšími objekty šikany se podle respondentů stali spolužáci ze školy, někdo z rodiny či neznámé osoby.

Osobní postoj k šikaně

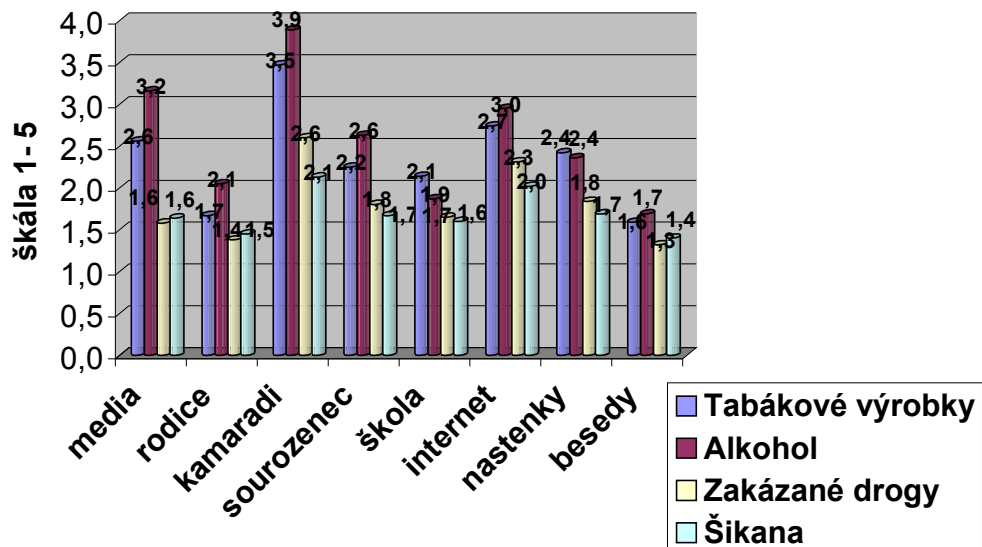


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21, otázka číslo 35: Jaký je tvůj postoj k šikaně?

Postoje k šikaně se u jednotlivých respondentů značně liší. 40 % dotazovaných šikanu odmítají a sami zasáhnou. Odmítá a zároveň oznámí šikanu nějaké autoritě 32 % respondentů, 14 % odmítá, ale nezasáhne, 8 % je to jedno, 4 % respondentů se k šikanování občas přidá a 2 % se nemohou bránit, jsou sami obětí.

Hodnocení informací o vybraných sociálně nežádoucích jevech



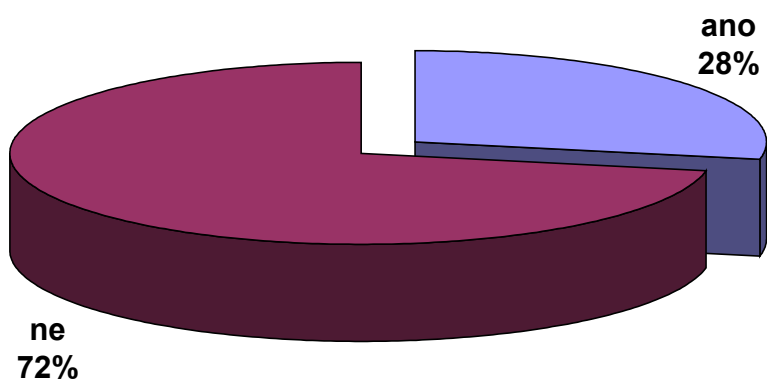
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22, otázka číslo 36 – 39: Jak hodnotíš informace o tabákových výrobcích, alkoholu, zakázaných drogách a šikaně

V této otázce odpovídali respondenti pomocí pětibodové škály na to, jak na ně působí informace o vybraném společensky nežádoucím chování z různých zdrojů. Přičemž jednička znamenala odrazující od užití a pětka navádějící k užití. Pokud jde o média, vyplynulo z výzkumu, že nejvíce nabádají k užití alkoholových výrobků. Průměrné číslo na škále je 3,2. Dále jsou tabákové výrobky s číslem 2,6. poměrně kladně hodnotili dotazovaní informace z médií o zakázaných drogách a šikaně. Dále z výzkumu vyplynulo, že rodiče plní úlohu nejvíce odrazujícího subjektu ve všech aspektech. Jediné číslo vyvyšuje nad ostatníma, a to číslo vztahující se k alkoholu, 2,1. U sloupce „kamarádi“ se všechna čísla pohybují poměrně vysoko. Nejméně kamarádi nabádají k šikaně. Na škále se toto hodnocení zastavilo v průměru na čísle 2,4.

Následovaly informace o tvrdých drogách, které měly číslo 2,6. Nejhorší dopadly informace o tabáku a alkoholu. S hodnotami 3,5 u tabákových výrobků a 3,9 u alkoholu, se stali kamarádi nejvíce navádějícím subjektem k užití těchto návykových látek. Hodnoty u internetu také nejsou příliš optimistické. Vysoké hodnoty jsou především u alkoholu a tabákových výrobků. Z čehož vyplývá, že internet nabádá k užití těchto látek. Nejlépe v tomto hodnocení dopadly besedy, které nejméně nabádají k rizikovému chování, naopak od něj odrazují.

Zkušenost s pohlavním životem



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23, otázka číslo 40: Měl/a jsi zkušenost s pohlavním životem?

Z výzkumu vyplynulo, že zkušenost s pohlavním životem mělo 28 % respondentů a žádnou zkušenost doposud nemělo 72 % respondentů. Průměrný věk při

prvním pohlavním styku vyšel na 13, 7 let. Ve všech případech šlo o pohlavní styk dobrovolný, ve většině případů chráněný. Často však respondenti uváděli, že jejich první pohlavní styk proběhl pod vlivem alkoholu. Patnáct respondentů uvedlo, že šlo o pohlavní styk se známým partnerem a čtyři dotazovaní měli styk s neznámým partnerem.

5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit primárně preventivní dění na základních školách v Plzni. K vypracování tohoto cíle jsem využila kvantitativní výzkum. V diskuzi budu porovnávat získaná data se současným stavem za účelem potvrzení nebo vyvrácení hypotéz a splnění cíle této práce.

První tři otázky byly takzvaně identifikační a měly za úkol zjistit velikost bydliště respondenta, jeho pohlaví a věk. Otázkám, které se týkaly velikosti bydliště a pohlaví, odpovídají graf 1 a graf 2. Výzkumu se zúčastnilo 56 dívek a 47 chlapců žijících především ve městě nad 100 000 obyvatel. Průměrný věk respondentů byl 14, 8 let.

Další otázky byly zaměřené na subjektivní pocity respondenta. Na to, jak hodnotí svůj prospěch, jak se cítí celkově, jak se cítí ve škole a v rodině. Většina respondentů odpověděla, že se v současné době cítí dobře, a to 63 % respondentů. 18 % se cítí dokonce super a 14 % špatně. Dalších 5 % dotazovaných se cítí velice špatně nebo jsou v trvalé krizi. Otázka číslo 6 zjišťovala, jak se děti cítí ve škole. Z výzkumu vyplynulo, že 44 % dětí se cítí ve škole dobře. 26 % respondentů však uvedlo, že i přesto, že nemají ve škole problémy se spolužáky ani s učiteli, škola je nebaví. 16 % dětí se cítí ve škole špatně kvůli běžným problémům s učiteli. Zde by mohl nastat problém v aplikaci primární prevence. Je pravda, že škola není jediným a ani ne prvním primárně preventivním činitelem, jak také udává Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008 (30). Základní poznatky o zdravém životním stylu by si dítě mělo přinášet již z rodiny, která je ve všech směrech nejdůležitějším činitelem. Aby však došlo k efektivnímu působení primární prevence, musí se dítě cítit ve škole dobře a přijímat své učitele pozitivně. Důležitým faktorem toho, jak se dítě cítí ve škole je také přítomnost šikany (1). Jak uvádí Bendl, pokud bude dítě ve škole šikanované, nemůže se tam nikdy cítit dobře. Tím pádem se mu potom špatně přijímá

jakákoli prevence. To vypovídá o tom, že primární prevence musí být ve všech ohledech včasná.

Následující otázky se již konkrétně dotýkaly jednotlivých forem rizikového chování. První blok tvořily otázky zaměřené na užívání alkoholu. Pouze jeden z respondentů uvedl, že alkohol doposud neochutnal. Průměrný věk, kdy dotazovaní poprvé požili alkohol je 10, 9 let. Jak ukazuje graf 6, nejčastějšími osobami, které podaly dítěti alkohol, jsou rodiče. Tuto odpověď uvedlo 46 % dotazovaných. U 27 % byl prvním zdrojem alkoholu kamarád, u 12 % příbuzný. V 11-ti % se jednalo o samotného respondenta, který si poprvé podal alkohol sám a 4 % respondentů uvedlo, že jim alkohol podal někdo jiný. Primární prevence, zaměřující se na alkohol by měla být zařazená do primárně preventivních programů již od šesti let věku dítěte. To shledávám vzhledem k výsledku výzkumu postačující **(23)**. Včasnost podle Nešpora je velice důležitá pro efektivnost primární prevence **(21)**. Pokud jde o osobu, která podala dítěti poprvé alkohol, jsou to již výše zmínění rodiče. Z výzkumu vyplynulo, že se většinou jednalo o podání malé dávky alkoholu k příležitosti rodinné oslavy. Otázkou však zůstává, zda je vhodné seznamovat dítě s alkoholem již v tak ranném věku. V této oblasti záleží především na tom jak rodina funguje obecně a jak plní úkol hlavního primárně preventivního činitele. Jako způsob obstarávání alkoholu (graf 7, otázka číslo 11), uvedlo nejvíce respondentů - 45 %, že si alkohol sami kupují. Při věkovém průměru respondentů, 14, 8 let, je tato skutečnost na první pohled v rozporu se zákonem. 29 % respondentů uvedlo, že alkohol dostávají od kamarádů. Od rodičů dostává alkohol 14 % dotázaných a doma si bere alkohol bez vědomí rodičů 10 %. 2% dotázaných získává alkohol jinou cestou. Na další otázku, týkající se četnosti pití alkoholu, odpovědělo 56 % respondentů, že alkohol pijí příležitostně a 18 % respondentů se občas opije. Pokud spojíme tyto dvě skutečnosti s tím, jak lehce je alkohol pro nezletilé dostupný, vyplývá nám z toho poněkud varovná zpráva. Jak uvádí Nešpor, čím dříve přijde dítě do kontaktu s alkoholem, tím rychleji se zkracuje doba tolerance ke vzniku závislosti **(21)**. Studie ESPAD udává, že nejčastěji užívaným alkoholickým nápojem u mladistvých je pivo **(6)**. Tato skutečnost vyplývá i z tohoto výzkumu. Na dalším místě je užívání destilátů. Dnes je velice oblíbeným trendem

kombinace destilátů s energetickým nápojem, která je však velice nebezpečná. Především může vést ke dehydrataci a u dětí k hyperaktivitě až k zuřivosti **(24)**. Na třetím místě se v pomyslném žebříčku umístilo požívání vína a o něco méně respondentů uvedlo, že mají nejraději likéry. Pouze několik málo dotázaných odpovědělo, že jim nechutná žádný alkohol. Tyto údaje opět potvrzuje mezinárodní studie ESPAD, která uvádí, že Česká republika je jednou z několika zemí, kde je stále stoupající trend v užívání alkoholu dětmi a mladistvými **(6)**.

Otázky číslo 14, 15 a 16 se věnovaly problematice užívání tabákových výrobků. První z těchto otázek zjišťovala, zda respondent již někdy zkoušel kouřit tabákové výrobky a pokud ano, tak jak často. Jak je uvedeno v grafu 9, kouření tabákových výrobků alespoň jednou v životě zkusilo 34 % respondentů. V Evropském srovnání ESPAD je uvedeno, že kouřit již někdy zkusilo 58 % evropských studentů **(6)**. V tomto ohledu je mezi výsledky drobný rozdíl ve prospěch žáků plzeňských škol. První užití tabákového výrobku a zároveň rok, ve kterém respondent začal užívat tabákový výrobek pravidelně, je zobrazeno v grafu 10. První styk s cigaretou uvedli respondenti průměrně v 11,6-ti letech. K pravidelnému užívání se pak respondenti uchýlili průměrně v 13,3 letech. Vzhledem k tomu, že by děti měly být informovány o škodlivosti tabáku již mezi 6 – 12 roky **(23)** a první pokusy s kouřením se objevují okolo jedenácti let, shledávám prevenci v tomto ohledu za včasnou.

Otázky 24 až 30 byly zaměřené na zkušenosti s užíváním zakázaných látek. Z celkového počtu respondentů se s drogou setkalo 48 % z nich (graf 16). Z počtu respondentů, kteří zkusili nějakou zakázanou drogu, převyšovali ti, kteří užili marihuanu. Bylo jich celkem 59 %. Průměrný věk, kdy byla marihuana užita se u respondentů pohyboval okolo 13,6 let. Dvanáct procent respondentů uvedlo, že již mají zkušenost s hašišem, a to v průměru ve 13,2 letech. Tyto zjištěné skutečnosti potvrzuje i studie ESPAD, která uvádí, že nejčastější zkušenost měli respondenti s konopnými látkami. Na druhém místě však studie ESPAD uvádí čichání rozpouštědel **(6)**. V tomto bodě se studie zcela neshoduje s tímto výzkumem, ve kterém uvedl pouze jeden respondent, že má zkušenost s čicháním rozpouštědel. U dětí na základních školách v Plzni zaujímají další místo hned po konopných drogách přírodní drogy, nejčastěji

lysohlávky. Užilo je 9% respondentů. 7 % respondentů již někdy užilo LSD a stejný počet respondentů užil léky. S extází mají zkušenost 3 % respondentů a s pervitinem 1 % respondentů. V oblasti zkušenosti se zakázanou drogou se tento výzkum shoduje se studií ESPAD pouze v užívání konopných látek, které zaujímají suverénně první místo v pomyslném žebříčku. Podle Nešpora je důležité odlišit, zda zkušenosti se zakázanou drogou jsou pouze určitým příznakem komplikované puberty nebo se jedná o skryté problémy týkající se úplně odlišné stránky daného jedince.

Jako důvod užití drogy uvedli respondenti zvědavost (42 %), vlastní rozhodnutí (30 %), životní krizi (9 %), nudu (9 %), frajeřinu (6 %), radu kamaráda (4 %). Tyto údaje jsou uvedené v grafu 17. Výsledek šetření dokazuje, že zvědavost je nejsilnějším lákadlem k užití drogy. Z toho vyplývá, že v primární prevenci by se mělo dbát na poskytnutí pravdivých informací o zakázaných drogách a o jejich účincích. Že se zastrasování projevilo jako neúčinný prvek prevence svým způsobem potvrzuje to, že za nejčastějším důvodem požití zakázané drogy je zvědavost. V tomto věku je logické, že čím více budeme dětem a mladistvým říkat, že něco nesmí dělat, budou to dělat o to víc.

Otázky číslo 17, 18 a 19 měli zjistit případnou přítomnost závislosti na mobilním telefonu. Mobilní telefon vlastní všichni respondenti, tedy 100 %. Dále z výzkumu vyplynulo, že průměrný věk, kdy byl respondentům opatřen první mobilní telefon, je 9,5 let. V grafu 11 je znázorněno, jak jsou respondenti zvyklí vypínat svůj mobilní telefon. Většina uvedla, že mobilní telefon nevypíná vůbec (52%), 37 % respondentů vypíná mobilní telefon pouze tehdy, je-li k tomu donucena. Pouhých 11 % respondentů mobilní telefon vypíná a nevadí jim to. Na další otázku měli respondenti odpovídat pomocí pětibodové škály. Otázka přesně zněla: označ své pocity, když nemáš možnost komunikace prostřednictvím mobilního telefonu s ostatními lidmi. Jednička znamenala naprosto mi to nevadí a pětka – mám velmi nepříjemný pocit. V průměru se odpovědi respondentů pohybovaly uprostřed škály. Což znamená, že respondenti nemají dobrý pocit, když nemohou komunikovat prostřednictvím mobilního telefonu. A to může být již prvním znamením závislosti na mobilním telefonu, která s sebou nese mnoho nepříjemností **(25)**. V této oblasti shledávám problém s nedostatečnou a pozdní

prevencí. Závislost na mobilním telefonu je často podceňována. Ani minimálně preventivní programy nejsou dostatečně uzpůsobeny k řešení této problematiky.

V poslední době je známou věcí to, že děti tráví velkou část svého volného času u počítače. V dnešní době především u internetu. 90 % respondentů uvedlo, že má přístup k internetu doma bez omezení (graf 12). Využití počítače znázorňuje graf 13. Jako nejčastější činnost na počítači uvedli respondenti chatování. 21 % z veškeré činnosti respondentů na počítači je právě chatování. Další je získávání informací přes internet (19 %), hraní her v PC (15 %), zpracovávání materiálů do školy (13 %), programování (především práce s fotkami) (12 %), hraní online her (11 %), sledování erotických stránek (7 %) a jiné (3 %). Pod pojem jiné doplňovali respondenti nejčastěji stahování hudby a filmů. Závislost na internetu lze velice těžko posoudit (32). Více než závislost na počítači shledávám nebezpečí vzniku jiných závislostí v důsledku užívání počítače (15). P-centrum, Centrum protidrogové prevence a terapie, provádí prevenci virtuálních závislostí v sedmé třídě. Vzhledem k rozumnému rozvrstvení témat na čtyři roky, od šesté do deváté třídy (3), je toto téma jistě na správném místě. Ale pokud beru danou problematiku jako celek, měly by se děti s primární prevencí virtuálních závislostí setkávat již na prvním stupni.

Šikanou se zabývaly otázky 31 až 35. Zkušenost se šikanou má 52 % respondentů (graf 20). Jako nejčastější oběť šikany uvedli respondenti spolužáka ze třídy a jako pachatele šikany spolužáka ze školy a hned na druhém místě jednoho či více spolužáků ze třídy. V otázce číslo 35 měli dotazovaní odpovídat na to, jaký mají postoj k šikaně. 40 % odpovědělo, že šikanu odmítají, zasáhnou sami a autoritě neoznámí. 32% respondentů šikanu odmítá a informuje o ní nějakou autoritu. 14 % respondentů má však takový postoj, že odmítá, ale nezasáhne a ani šikanu neoznámí. Nejvíce respondentů odpovědělo, že případnou šikanu neoznámí, ale zasáhnou sami. Podle Koláře může mít právě tohle jednání nepříznivý charakter v dalším vývoji šikany. Pokud se ve třídě, kde se vyskytuje šikana, vytvoří opozice z charakterově slušných žáků, je to samozřejmě dobře. Ale svou slušností a tím, že většinou nedokáží „bonzovat“, nahrávají skupině agresorů. Navíc pokud skupinka slušných žáků nebude

mít podporu zvenčí a dostatek vlastních sil, může se stát, že také podlehne agresorům a buďto se stane objektem šikany nebo samotným tvůrcem šikanování **(13)**.

V samotném závěru dotazníku byly uvedeny otázky týkající se zkušenosti s pohlavním životem. Z odpovědí vyplynulo, že 28 respondentů již mělo zkušenost s pohlavním životem. Průměrný věk při prvním pohlavním styku byl 13,7 let. Zahájení pohlavního života v tak nízkém věku sebou nese různá rizika, která mohou mít podobu traumat v budoucím životě, riziko otěhotnění nebo nákaza pohlavní chorobou **(2)**. Prevence rizikového sexuálního chování je podle P – centra zařazena do deváté třídy **(6)**. Podle výsledku výzkumu, ve kterém vyšlo, že průměrný věk při prvním pohlavním styku je 13, 7 let, by měla být prevence realizována alespoň okrajově již v dřívějším věku.

6 Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat primárně preventivní dění vybraného nežádoucího chování na základních školách v Plzni. Před zahájením výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza: V primárně preventivním dění převažuje prevence drogové závislosti. Druhá hypotéza: Primární prevence virtuálních drog na základních školách v Plzni není včasná.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část čerpá z odborných zdrojů. Obsahuje popis vybraných druhů společensky nežádoucího chování a příslušné prevence. K vypracování praktické části jsem využila kvantitativní výzkum a metodu dotazování. Ke sběru dat jsem využila techniku dotazníku. Výzkum probíhal v devátých třídách třech základních škol v Plzni. Respondenty se tedy stali žáci těchto devátých tříd. Dotazník byl anonymní. Obsahoval otázky otevřené i uzavřené. Na oba typy otázek bylo možno vybrat více odpovědí.

Z výzkumu vyplynulo, že primární prevence zaměřená na užívání alkoholu a tabákových výrobků je včasná. Což je jistý paradox, protože Česká republika se pohybuje na předních příčkách v Evropě, co se užívání těchto návykových látek u mladistvých týče. Velký problém vidím v tom, že i přes zákaz prodeje tabákových výrobků a alkoholu do osmnácti let, je toto zboží lehce dostupné. Naopak primární prevenci nedrogových závislostí jsem neshledala jako včasnou. Stále se snižující věk dětí, které mají neomezený přístup k internetu a vlastní mobilní telefon, přináší různé komplikace. Prevence této oblasti by však měla vycházet nejvíce od rodiny. Právě rodina umožňuje dětem neomezený přístup k počítači, televizi či mobilnímu telefonu. Zkušenost s pohlavním životem má 28 % respondentů. Několik respondentů uvedlo, že jejich první pohlavní styk proběhl pod vlivem alkoholu. Tuto skutečnost shledávám jako alarmující. Nicméně je to opět otázkou spíše prevence užívání alkoholu než prevence rizikového sexuálního chování. Většina respondentů uvedla, že jejich první pohlavní styk byl chráněný a se známým partnerem. Problematika šikany je dalším závažným tématem na poli rizikového chování. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že 52 %

respondentů se již někdy setkala se šikanou a ve většině šlo o šikanu páchanou na spolužácích, tedy ve třídě. Když pominu úkoly primárně preventivních programů zabývajících se šikanou, myslím že hlavním preventistou by měl být třídní učitel, který má znát svou třídu nejlépe. Měl by v ní udržovat zdravé a přátelské vztahy.

Domnívám se, že stanovené cíle a hypotézy byly splněny. Prevence drogové závislosti na základních školách v Plzni je podle provedeného výzkumu včasná a prevence nedrogových závislostí je často opomíjena nebo není aplikována včas a v dostačujícím rozsahu.

Tato práce, především její praktická část, bude poskytnuta základním školám na kterých byl realizován výzkum. Může jim posloužit ke zhodnocení výskytu rizikového chování a účinnosti primárně preventivních programů na dané škole.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BENDL, Stanislav. *Prevence a řešení šikany ve škole*. Praha : ISV, 2003. 197 s. ISBN 80-86642-08-9.
- 2) CENTRUM PROTIDROGOVÉ PREVENCE A TERAPIE o.p.s. *Rodičům aneb rizikovém chování*. 5. přepracované vydání. Plzeň: 2007
- 3) CENTRUM PROTIDROGOVÉ PREVENCE A TERAPIE, O.P.S. P-CENTRUM, Jana. *INFORMAČNÍ MATERIÁL : Pro pedagogy škol a tříd zapojených v dlouhodobém programu primární prevence*. [s.l.] : [s.n.], 2005. 5 s.
- 4) Česká koalice proti tabáku. *Závislost na tabáku* [online]. 2007 [cit. 2009-04-15]. Dostupný z WWW: <http://www.dokurte.cz/?stranka=zavislost_na_tabaku&typ=sablony>.
- 5) *Drogový slang* [online]. 2002 [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=8>>.
- 6) ESPAD. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 2007*. [online]. 2007 [cit. 2008-04-25]. Dostupné z: <http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/espac_2007_tiskove_materialy>.
- 7) GALLA, Maurice et.al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Přel. J. Bayer. 1. vydání v českém jazyce. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 156 s. ISBN : 80 – 86734 – 38 – 2.
- 8) *Gambling* [online]. 2005 , 2007 [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychoporadna.cz/cz/clanky/gambling/31.html>>.
- 9) HLADÍK, Michal. Alkohol - problém u dětí a mladistvých. *Pediatric pro praxi*. 2009, č. 1, s. 48-50.
- 10) JANÍKOVÁ, Barbara. *Rizikové chování* [online]. 2006 , 1.8.2006 [cit. 2009-03-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=70&iid=154&acc=enb>>.
- 11) KADLECOVÁ, Jana. *Primární prevence P - centra* [online]. 2007 [cit. 2009-04-15]. Dostupný z WWW: <http://www.cppt.cz/cz/pcentrum_sluz.asp>.

- 12) KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti I. : Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 314 S. ISBN 80-86734-05-6.
- 13) KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. Praha : Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7178-513-X. S. 100.
- 14) KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti : Dotazování* [online]. 2002-2008 [cit. 2008-05-18]. Dostupný z WWW: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.
- 15) KŘÍŽ, J. Rizikové chování mládeže a zdravotní strategie WHO. In *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář*. Praha : Free Teens Press, 2001. Rizikové chování v dospívání. s. 7-8. ISBN 80-902-898-1-.
- 16) LABÁTH, Vladimír, et al. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2001. 150 s. ISBN 80-85850-66-4.
- 17) LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 3. dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. 334 s. ISBN 80-7169-195-X
- 18) *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení* [online]. 2008 [cit. 2009-02-16]. Dostupný z WWW: < <http://www.msmt.cz/vzdelavani/metodicky-pokyn-k-sikanovani>>.
- 19) MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007* [Annual Report on Drug Situation 2007 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky
- 20) NEŠPOR, Karel. *Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou*. Praha : Sportpropag:1999
- 21) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007. 152 s. ISBN 80-7367-267-6.
- 22) NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 4. vydání, Praha: BESIP 1997: 129 s
- 23) *Obsah prevence podle věku* [online]. 2004 [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://primarniprevence.cz/index.php?p=2&sess=&disp=texty&offset=152&list=126>>.
- 24) PERLÍN, Ctibor. *Nebezpečí energetických nápojů* [online]. 2005 [cit. 2009-04-02]. Dostupný z WWW: <<http://zdrava-vyziva.doktorka.cz/nebezpeci-energetickych-napoju/>>.

25) POKORNÝ, Vratislav – TELCOVÁ, Jana – TOMKO, Anton. *Prevence sociálně patologických jevů. Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2003. 186 s. ISBN : 80 – 86568 – 04 - 0

26) *Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 7 : Učební text a workshop pro školní metodiky prevence sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2004. 60 s. ISBN 80-7044-583-1 .

27) *Rizikové sexuální chování* [online]. 2005 , 2005 [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/socialne-patologicke-jevy/rizikove-sexualni-chovani>>.

28) *Rychlý návyk na kouření u dětí* [online]. c1999 , 2002 [cit. 2009-03-02]. Dostupný z WWW: <<http://drogy.doktorka.cz/rychly-navyk-koureni-deti/>>.

29) ŘÍČAN, Pavel. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha : Portál, 1995. 95 s. ISBN 80-7178-049-9.

30) *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 - 2008* [online]. 2005 , 2005 [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/strategie-prevence-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a-mladeze>>.

31) *Šikana* [online]. 2009 [cit. 2009-03-15]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%A0ikana>>.

32) ŠMAHEL, David. *Psychologie a internet : děti dospělými, dospělí dětmi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 154 s. ISBN 80-7254-360-1.

33) TRAPKOVÁ, Barbora. *Cíle prevence podle věku* [online]. 2004 , 2004 [cit. 2009-03-02]. Dostupný z WWW: <<http://primarniprevence.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=152&list=152&shw=100009>>.

34) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. Praha: Svoboda, a.s.: 1993

35) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, s.r.o., 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

36) *Závislost na počítačích a počítačových hrách* [online]. 2007 [cit. 2009-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.poradenskecentrum.cz/pocitacova-zavislost.php>>.

8 Klíčová slova

Dítě

Nežádoucí chování

Primární prevence

Škola

Závislost

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!

Prosím o vyplnění dotazníku a uveďte odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechejte.

- 1) KDE TRVALE ŽIJES? A) venkov
B) město do 5.000 obyvatel
* od 5.000 do 10.000 obyvatel
* od 10.000 do 50.000 obyvatel
* od 50.000 do 100.000 obyvatel
* nad 100.000
- 2) JSI: A) muž B) žena
- 3) KOLIK JE TI LET? (prosím vepiš) let
- 4) SVŮJ PROSPĚCH SUBJEKTIVNĚ HODNOTÍM JAKO: Prosím zakroužkuj odpovídající hodnocení na uvedené škále výborný 1 – 2 - 3- 4- 5 velmi špatný
- 5) V SOUČASNÉ DOBĚ SE CÍTÍŠ: výborně 1 – 2 - 3- 4- 5 velmi špatně
A) velmi dobře (super, perfektně)
B) dobře (bez výrazných problémů, fajn)
C) špatně (nic moc)
D) velmi špatně (na nic)
E) jsem v akutní krizi (groggy)
F) jsem již delší dobu v krizi (totálně groggy)
- 6) VE ŠKOLE SE CÍTÍM: výborně 1 – 2 - 3- 4- 5 velmi špatně
A) velmi dobře, mám k ní vřelý vztah a chodím do školy rád/a
B) dobře bez výrazných problémů s učiteli a spolužáky
C) špatně kvůli běžným problémům se spolužáky
D) špatně kvůli běžným problémům s některými učiteli
E) velmi špatně kvůli stálým neshodám se spolužáky a mám k ní negativní Vztah
F) velmi špatně kvůli stálým neshodám s převážnou většinou učitelů
G) školní prostředí je pro mne trvale nesnesitelné a vyvolává ve mně trvalý odpor
H) Ve škole nemám problémy ani se spolužáky a učiteli, přesto mne škola nebaví
- 7) KE SVĚMU RODINNÉMU PROSTŘEDÍ MÁŠ VZTAH: výborný 1 – 2 - 3- 4- 5 velmi špatný
A) vřelý vztah
B) dobrý vztah bez podstatných problémů
C) normální vztah
D) vztah občas narušený nedorozuměním a problémy
E) negativní vztah se stálými problémy a hádkami
G) pro trvalou rodinnou krizi v poslední době doma nežiji
- 8) OCHUTNAL/A JSI ALKOHOL?
A) ano (vepiš kolik Ti bylo let).....
B) ne doposud jsem žádný alkoholický nápoj neochutnal
- Vepiš prosím, kdo ti jej podal (rodiče, prarodiče, sourozenec, kamarád, aj.)
.....

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé) Výzkum je za účelem návazně prováděné primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!

Prosím o vyplnění dotazníku a uveď odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechej.

9) BYL/A JSI UŽ NĚKDY OPILÝ(Á):

- A) ano
- B) ne

10) KDE (pokud konzumuješ alkohol) KONZUMUJEŠ ALKOHOL:

Vepiš prosím, kde (venku, doma, bar, herna, hospoda...aj.)

.....
.....

11) JAK SI OBSTARÁVÁŠ ALKOHOL:

Vepiš prosím, kde (kupuji, dostávám od kamarádů, dostávám od rodičů, беру si jej doma...aj.)

.....
.....

12) JAKÝ ALKOHOL TI CHUTNÁ?

- A) nechutná mi žádný
- B) vepiš druh (pivo, víno, destiláty/tvrdý alkohol)

13) JAK ČASTO ALKOHOL PIJEŠ?

- A) vůbec
- B) příležitostně
- C) v malém množství (sklenička po jídle)
- D) denně bez návaznosti na jídlo
- E) občas se opiji
- F) jinak(vepiš jak)

14) KOUŘÍŠ TABÁKOVÉ VÝROBKY?

- A) příležitostně
- B) denně do 5ti cigaret
- C) víc jak 5 cigaret denně
- D) kouřil/a jsem, ale již nekouřím
- E) zkusil/a jsem, ale nekouřím
- F) nikdy jsem to nezkusil/a

15) V KOLIKA LETECH JSI ZKUSIL/A TABÁKOVÝ VÝROBEK vepiš věk

**16) V KOLIKA LETECH JSI ZAČAL/A PRAVIDELNĚ UŽÍVAT TABÁKOVÝ VÝROBEK
(kouřit) vepiš věk**

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé) Výzkum je za účelem návazně prováděné primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!
Prosím o vyplnění dotazníku a uveď odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechej.

17) VLASTNÍŠ MOBILNÍ TELEFON?

- A) ano, (vepiš věk, kdy jsi dostal/a svůj první mobil
 - B) ne
 - C) vlastnil/a jsem mobilní telefon, ale už jej nemám (vepiš proč jej nemáš)
-

18) VYPÍNÁŠ MOBIL?

- A) nikdy (ani v noci, ve škole, na schůzce aj.)
- B) ano, ale jen když musím
- C) vypínám, nevádí mi to

19) OZNAČ SVÉ POCITY, KDYŽ NEMÁŠ MOŽNOST KOMUNIKACE PROSTŘEDNICTVÍM MOBILNÍHO TELEFONU S OSTATNÍMI LIDMI (SMS, telefonování, aj.)

Např. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Mám velmi nepříjemný pocit

20) MÁŠ PŘÍSTUP K POČÍTAČI (mimo výuku ve škole) ?

- A) Ano, mám jej doma a mohu jej libovolně využívat
- B) Ano, mám jej doma, ale nemohu jej libovolně využívat
- C) Ano, ale nemám jej doma (u kamaráda, příbuzný aj.)
- D) Měl jsem jej, ale už nemám (vepiš důvod proč).....
- E) Mám přístup pouze ve škole
- F) Nemám žádný přístup

21) K ČEMU POUŽÍVÁŠ POČÍTAČ? (vepiš asi kolik hodin týdně)

- A) Sestavování vlastních programů (tvorba videa, fotek, aj)
- B) Získávání informací (internet, aj.).....
- C) Hraní her (instalovaných do PC)
- D) On line hraní her.....
- E) chatovací programy (včetně ICQ, seznamka, aj.)
- F) návštěva erotických stránek.....
- G) zpracovávání údajů a materiálů do školy (Word aj. textové programy včetně vyhledávání specifických informací na internetu)
- H) Jiné – Vepiš

22) MÁŠ VLASTNÍ ZKUŠENOSTI S HROU NA VÝHERNÍCH AUTOMATECH?

- A) Ne, nikdy jsem to nezkusil/a
- B) Ano, ale jen jsem to zkusil/a
- C) Hrál/a jsem opakovaně, ale již nehraji
- D) Hraji příležitostně
- E) Občas si sám zajdu zahrát
- F) Chci hrát, ale nemám na to peníze
- G) Kdykoliv mám čas, jdu si zahrát

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé). Výzkum je za účelem návazné prováděné primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!

Prosím o vyplnění dotazníku a uveďte odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechejte.

23) ZNÁŠ ZE SVÉHO OKOLÍ NĚKOHO, KDO HRAJE PRAVIDELNĚ NA VÝHERNÍCH AUTOMATECH?

- A) Někdo z rodičů
- B) Někdo z příbuzných
- C) Kamarád(ka)
- D) Spolužák ze školy
- E) Spolužák ze třídy
- F) Učitel(ka)
- G) Někdo jiný (vepiš kdo).....
- H) Neznám nikoho

24) ZKUSIL/A JSI NĚKDY NĚJAKOU ZAKÁZANOU DROGU (kromě alkoholu, tabáku, aj.)

- A) Ano – Marihuana (vepiš věk)
 - Hašiš (vepiš věk)
 - Extáze (vepiš věk)
 - LSD / trip (vepiš věk)
 - přírodní drogy (houby, aj.) -(vepiš věk)
 - pervitin (vepiš věk)
 - heroin (vepiš věk)
 - braun (vepiš věk)
 - kokain (vepiš věk)
 - léky (užívání aniž by mi něco bylo – bolesti, aj.) (vepiš věk)
 - organická rozpouštědla – čichání (ředidla, lepidla, barvy aj.).....
 - jiné (vepiš věk)
 - (vepiš jaké)
- B) Ne

25) POKUD JSI ZKUSIL NĚJAKOU ZAKÁZANOU DROGU (kromě alkoholu, tabáku, káva aj.), PROČ K TOMU DOŠLO?

- A) ze zvědavosti
- B) na radu kamaráda(dky)
- C) z vlastního rozhodnutí
- D) v životní krizi nebo nesnázích
- E) z nudy
- F) z obavy zesměšnění/méněcennosti v partě
- G) z frajeřiny
- H) jiný důvod (vepiš)

26) UŽIL/A JSI NĚJAKOU DROGU OPAKOVANĚ?

- A) ne
- B) ano, ale ne pravidelně
- C) Ano, pravidelně
 - 1) denně (Vepiš jakou drogu)
 - 2) několikrát týdně (Vepiš jakou drogu)
 - 3) jednou týdně (Vepiš jakou drogu)
 - 4) vícekrát měsíčně (Vepiš jakou drogu)
 - 5) jednou měsíčně (Vepiš jakou drogu)
- D) užíval/a jsem, ale již neužívám (Vepiš jakou drogu)

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé) Výzkum je za účelem návazně prováděné primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!

Prosím o vyplnění dotazníku a uveďte odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechejte.

27) JAKÝM ZPŮSOBEM JSI ZAKÁZANOU DROGU UŽIL/A:

- A) šňupáním (Vepiš jakou drogu)
- B) pitím (Vepiš jakou drogu)
- C) polykáním/žvýkáním (Vepiš jakou drogu)
- D) čicháním (Vepiš jakou drogu)
- E) kouřením (Vepiš jakou drogu)
- F) injekčně (Vepiš jakou drogu)
- G) jiné užití (Vepiš jakou drogu)
- (vepiš jak).....

28) OD KOHO BYS ZÍSKAL/A ZAKÁZANOU DROGU:

- A) kamarád(ka) z party
- B) někdo známý
- C) spolužák(čka) ze třídy
- D) spolužák ze školy
- E) rodiče
- F) sourozenec
- G) jiný příbuzný
- H) někdo jiný (Vepiš kdo).....

29) UŽÍVÁNÍ ZAKÁZANÝCH DROG JINÝMI LIDMI:

- A) radikálně odsuzuji
- B) odsuzuji, ale nevystupuji proti tomu
- C) je mi to jedno, ať si každý dělá co chce
- D) schvaluji
- E) jiný – jaký (vepiš)

30) MNĚ NABÍZENOU ZAKÁZANOU DROGU:

- A) radikálně odmítnu a oznámím to nějaké autoritě (učitel, rodič, policista aj.)
- B) odmítnu
- C) přijmu, ale vyhodím
- D) přijmu a uschovám (pro kamaráda, nebo pro „strýčka příhodu“)
- E) tvrdě odmítnu (pervitin, heroin aj.), měkké přijmu a užiji (marihuana aj.)
- F) přijmu, užiji a požádám o další
- G) nevím

31) MÁŠ ZKUŠENOSTI S OPAKOVANÝM UBLIŽOVÁNÍM (ŠIKANA)?

- A) ne
- B) Ano (v kolika letech jsi měl/a první zkušenost - vepiš)

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé). Výzkum je za účelem návazně prováděné primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!
Prosím o vyplnění dotazníku a uveďte odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechejte.

32) POKUD MÁŠ ZKUŠENOST S OPAKOVANÝM UBLIŽOVÁNÍM/ŠIKANOU, TÝKALO SE:

- A) mne samotné/ho
- B) spolužáka ze třídy
- C) spolužáka ze školy
- D) někoho z rodiny
- E) kamaráda
- F) neznámé osoby
- G) více osob ze třídy
- H) více osob ze školy
- I) nemám zkušenost

33) KDO OPAKOVANÉ UBLIŽOVÁNÍ PROVÁDĚL:

- A) nesetkal/a jsem se s tím
- B) já osobně
- C) spolužák/čka ze třídy
- D) více spolužáků ze třídy
- E) spolužák ze školy
- F) více spolužáků ze školy
- G) někdo z rodiny
- H) někdo z party
- I) více lidí z party
- J) Jiná možnost (vepiš)

34) JAK DLOUHO UBLIŽOVÁNÍ (ŠIKANÁ) TRVALO:

- A) nesetkal jsem se s tím
- B) několik dnů
- C) několik týdnů
- D) několik měsíců
- E) rok
- F) více než rok
- G) dosud trvá

35) JAKÝ JE TVŮJ POSTOJ K UBLIŽOVÁNÍ (ŠIKANĚ)

- A) radikálně odmítám a oznámím to nějaké autoritě (učitel, rodič, policista aj.)
- B) odmítám, neoznámím, zasáhnu osobně
- C) odmítám, ale nezasáhnu ani neoznámím
- D) je mi to jedno, je to jejich věc
- E) občas se přidám, abych nebyl zbabělec, nebo vystaven sám nebezpečí
- F) je to normální
- G) neumím či nemůžu se bránit, jsem sám šikanovaný/á

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé). Výzkum je za účelem návazně prováděné primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJ SE!!!

Prosím o vyplnění dotazníku a uveďte odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechejte.

36) JAK HODNOTÍŠ INFORMACE O TABÁKOVÝCH VÝROBCÍCH Z :

- | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------|
| A) média | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| B) rodiče | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| C) kamarádi | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| D) sourozenec | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| E) škola | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| F) internet | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| G) nástěnky | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| H) přednášky/besedy | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |

37) JAK HODNOTÍŠ INFORMACE O ALKOHOLU :

- | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------|
| A) média | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| B) rodiče | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| C) kamarádi | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| D) sourozenec | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| E) škola | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| F) internet | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| G) nástěnky | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| H) přednášky/besedy | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |

38) JAK HODNOTÍŠ INFORMACE O ZAKÁZANÝCH DROGÁCH :

- | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------|
| A) média | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| B) rodiče | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| C) kamarádi | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| D) sourozenec | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| E) škola | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| F) internet | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| G) nástěnky | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| H) přednášky/besedy | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |

39) JAK HODNOTÍŠ INFORMACE O UBLÍŽOVÁNÍ/ŠIKANĚ :

- | | | |
|---------------------|---------------------------------------|--------------------|
| A) média | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| B) rodiče | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| C) kamarádi | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| D) sourozenec | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| E) škola | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| F) internet | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| G) nástěnky | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |
| H) přednášky/besedy | odrazující od užití 1 – 2 – 3 – 4 – 5 | navádějící k užití |

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé). Výzkum je za účelem návazného provádění primární prevence v této škole.

!!!DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ – NEPODEPISUJE SE!!!

Prosím o vyplnění dotazníku a uveďte odpovědi na všechny otázky pravdivě. Žádnou otázku nevynechejte.

40) MÁŠ OSOBNÍ ZKUŠENOSTI S POHLAVNÍM ŽIVOTEM?

- A) ano (v kolika letech poprvé – vepiš).....
- B) ne

41) POKUD JSI JIŽ MĚL/A POHLAVNÍ STYK, O JAKÝ STYK SE JEDNALO?

- A) dobrovolný
- B) nedobrovolný
- C) chráněný
- D) nechráněný
- E) pod vlivem alkoholu/léků/drog
- F) na nebo po diskotéce
- G) se známým partnerem
- H) s neznámým partnerem
- I) s rodinným příslušníkem
- J) pod vlivem fyzického násilí
- K) nemám zkušenost

Mnohokrát Ti děkujeme za Tvou ochotu a čas.

Tým lektorů primární prevence

Údaje uvedené v dotazníku budou sloužit pouze k výzkumným účelům a nebudou mít k dotazníku přístup žádné blízké autority (rodiče, učitelé). Výzkum je za účelem návazně prováděné primární prevence v této škole.