

**MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY**

**KONZUMACE ALKOHOLU A TABÁKU
MEZI DĚTMI A MLADISTVÝMI VE VĚKU
12 AŽ 16 LET**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

VEDOUCÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE:
doc. MUDr. PETR KACHLÍK, Ph.D.

VYPRACOVALA :
Bc. IVA HROMÍŘOVÁ

BRNO 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Děkuji doc. MUDr. Petru Kachlíkovi, Ph.D. za pomoc, cenné rady a odborné vedení při zpracování tématu mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 PROBLEMATIKA PORUCH EMOCÍ A CHOVÁNÍ.....	8
1.1 TERMINOLOGIE PORUCH EMOCÍ A CHOVÁNÍ	8
1.2 KLASIFIKACE PORUCH EMOCÍ A CHOVÁNÍ	11
Poruchy chování a emocí z medicínského hlediska.....	11
Poruchy chování a emocí ze speciálně pedagogického hlediska	12
Poruchy chování a emocí z hlediska věku	13
Poruchy chování podle převládající složky osobnosti	13
Další klasifikace poruch chování a emocí.....	14
1.3 SOUČASNÉ PŘÍSTUPY K PORUCHÁM EMOCÍ A CHOVÁNÍ	15
2 PROBLEMATIKA NÁVYKOVÉHO A ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ.....	19
2.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	19
2.2 VZNIK ZÁVISLOSTI A JEHO PŘÍČINY	21
Faktory vzniku závislosti	21
Vývojová specifika vzniku závislosti u dětí a mladistvých	22
Rizikové a protektivní faktory vzniku závislosti u dětí a mladistvých	25
2.3 DROGOVÁ ZÁVISLOST	26
Znaky závislosti	26
Fáze vývoje drogové závislosti	27
Klasifikace drogových závislostí	29
Specifika závislostí u dětí a mladistvých	31
Nejčastější drogové závislosti u dětí a mladistvých.....	32
3 PREVENCE ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ.....	38
3.1 PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCÍÁRNÍ PREVENCE.....	41
Primární prevence	41
Sekundární prevence	42
Terciární prevence.....	43
3.2 MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM.....	43
3.3 PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A NIKOTINU U DĚTÍ A MLADISTVÝCH.....	46
4 KONZUMACE ALKOHOLU A TABÁKU MEZI DĚTMI A MLADISTVÝMI VE VĚKU 12 AŽ 16 LET.....	52

4.1	PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU.....	52
	Charakteristika metody a techniky šetření	52
	Charakteristika zkoumaného souboru	53
4.2	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	55
	Přehledová statistika jednotlivých otázek dotazníku	55
	Výsledky výzkumu podle různých typů třídění zkoumaného souboru.....	59
	Výsledky výzkumu podle jednotlivých škol.....	63
4.3	HYPOTÉZY A JEJICH ANALÝZA	75
5	DISKUSE.....	80
	ZÁVĚR	84
	SHRNUTÍ	85
	SUMMARY	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Dnešní společnost se v maximální možné míře snaží jedince s tělesným i mentálním postižením zapojit a začlenit do plnohodnotného dění v životě společnosti, umožnit těmto lidem co nejvíce samostatný a důstojný způsob života a společenskou „užitečnost“. Jejich okolí k nim přistupuje s pochopením, v případě potřeby i s nabídkou pomoci. Pomáhat jsou ochotni dospělí, k pomoci takto handicapovaným lidem vedeme samozřejmě i děti. Plně si uvědomujeme, že nemohou za své zdravotní postižení a za omezení a problémy, které z něho plynou. Víme, že svůj stav nemohou sami změnit k lepšímu. Víme, že to nedělají „schválně“. A podle toho se k nim také chováme.

Jinak je tomu u dětí a mládeže s problémy a poruchami chování. Přesto, že zde nemluvíme o zdravotním postižení, jejich problémy také velmi výrazně ovlivňují zapojení do plnohodnotného života společnosti a omezují možnost jejich společenské „užitečnosti“ v dospělosti. Tyto děti jsou pro běžnou veřejnost „špatné“, jejich problémy podle ní potom pramení ze špatného charakteru a nulové výchovy. V očích laické veřejnosti nemají žádnou naději na změnu k lepšímu a podle toho se k nim také chová. Dítě nebo mladistvý si nakonec vezme za své, že takový opravdu je, všichni ho tak vidí a ničím to stejně nezmění. Prohlubují se potom jeho problémy v chování, neadekvátní chování je horší a častější. Z průměrného prospěchu ve škole se stává podprůměrný a horší, z problematického vztahu k jednomu učiteli se vyvine averze ke všem autoritám, z jedné občas a potají vykouřené cigarety je provokativní kouření na veřejnosti a ze skleničky piva při rodinné oslavě každodenní pití jakéhokoliv alkoholu.

Přitom právě pro tyto děti je nejdůležitější vidět, že není negativně nahlíženo na ně samotné, ale jen a pouze na jejich chování. To jim potom dává příležitost a chuť ke snaze své projevy a způsob chování změnit.

Současná etopedie se snaží vzbudit ve společnosti pocit spoluzodpovědnosti za problémy této skupiny dětí a mladistvých, najít pro ně mezi veřejností podporu a pomoc, ukázat, že i problémové chování se většinou dá pomocí speciálních přístupů modifikovat.

Právě problémy a poruchy chování a emocí jsou často tím prvním impulsem k propuknutí různých druhů návykového chování včetně závislosti u dětí a mladistvých.

Diplomová práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole je popsána a definována etopedická terminologie a její změny v současnosti a je zde uvedena podrobná kvalifikace poruch chování a emocí z hlediska medicínského a speciálně pedagogického. Druhá kapitola se zabývá problematikou návykového a závislostního chování u dětí a mladistvých, podrobněji potom nejčastějšími drogovými závislostmi u dětí a mládeže jako je zneužívání alkoholu a nikotinu. Třetí kapitola je zaměřena na možnosti prevence, jejími zásadami a odlišnostmi v jednotlivých věkových skupinách. Jsou zde rovněž uvedeny rizikové i protektivní faktory vzniku závislostního chování. Okrajově zmiňuje i celkovou strategii podpory zdraví. Čtvrtou kapitolu tvoří empirický výzkum. Ve vlastním výzkumném šetření jsou stanovené hypotézy ověřené pomocí vyhodnocených odpovědí na otázky, které byly uvedeny v dotazníku. Závěr shrnuje celou práci a uvádí možné uplatnění výsledků výzkumu v praxi. Příloha obsahuje vzor použitého dotazníku a grafy, které znázorňují výsledky výzkumu. Také jsou zde uvedeny výstupy, které byly vyhotoveny přímo pro zúčastněné základní školy.

Cílem této práce je zjištění míry zneužívání alkoholu a tabáku mezi dětmi a mladistvými ve věku 12 až 16 let. Teoretická část je zpracována pomocí analýzy odborné literatury. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí techniky dotazníku. Dotazník byl zadán žákům 6., 7., 8. a 9. ročníků v základních školách v regionu Třeboňsko – dvě ZŠ v Třeboni, ZŠ v Suchdole nad Lužnicí, ZŠ v Chlumu u Třeboně, ZŠ v Rapšachu a ZŠ praktická v Třeboni s odloučeným pracovištěm v Rapšachu. Práce obsahuje také porovnání výsledků současných s výsledky výzkumu, který byl na některých z uvedených škol proveden před šesti lety.

1 PROBLEMATIKA PORUCH EMOCÍ A CHOVÁNÍ

Ve společnosti vždy existovala určitá část dětí a mladistvých, kterým činilo větší či menší potíže přizpůsobit se požadavkům okolí. Nebyli schopni pochopit a akceptovat všeobecně přijímaná a respektovaná pravidla a normy společenského soužití a morálky. Mimo všeobecného odsuzování těchto dětí se ale stále ozývaly i hlasy hledající pro ně pomoc a podporu. (Pokorná, V., 2001)

Jako odpověď na tuto stále aktuálnější potřebu se ze speciální pedagogiky v roce 1969 vyčlenila samostatná disciplína, která se touto problematikou zabývala – etopedie. Náplní tohoto nového a potřebného oboru se stalo zkoumání jedince s poruchou chování a emocí v celém kontextu jeho osobnosti. (Vojtová, V., 2004)

1.1 TERMINOLOGIE PORUCH EMOCÍ A CHOVÁNÍ

Pro správnou a výstižnou charakteristiku poruch emocí a chování je stejně jako v každém jiném oboru znalost terminologie velmi důležitá. V etopedii se v současnosti díky změně přístupu k jedincům s poruchami emocí a chování terminologie značně změnila a zmírnila, přesto je pro správné pochopení důležitá i terminologie dříve používaná. Mezi příčiny těchto změn patří úroveň společenského vývoje a normy určitého daného sociálního prostředí. (Vojtová, V., 2004)

Českou etopedickou terminologií se jako první zabýval M. Sovák a A. Zikmund, který v roce 1930 rozdělil mládež, jež se svým chováním mírně nebo zcela vymykala tehdejším běžným normám společnosti, na tři základní skupiny (Vojtová, V., 2004):

- mládež mravně ohrožená,
- mládež mravně narušená,
- mládež mravně vadná, později nahrazeno termínem „mládež obtížně vychovatelná“.

Později, v 70. letech minulého století, se posledně zmiňovaná skupina začala označovat pojmem „jedinec s poruchou chování“. Ve spojení s poruchami chování u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí a s lehkou formou dětské mozkové obrny se začal používat termín „porucha školní přizpůsobivosti“. Ten se uplatňoval i u dětí, u kterých vznikly poruchy chování hlavně v předškolním věku a byly způsobeny nesprávnou výchovou. Dalším

používaným termínem byly „afektivní poruchy“, jejichž příčinou byla nevhodná a nevyrovnaná citová výchova. Z oblasti sociální pedagogiky byl přenesen a také využíván termín „deviantní chování“. (Vojtová, V., 2004)

Než se tedy díky změnám přístupu společnosti změnila terminologie v etopedii, byly tedy užívány převážně tyto termíny (Vojtová, V., 2004):

- jedinec s poruchou chování,
- porucha školní přizpůsobivosti,
- afektivní porucha,
- deviantní chování.

Současná speciální pedagogika upřednostňuje „soft“ termíny, ve kterých se odráží změny v přístupech k problematice dětí a mládeže s poruchou emocí a chování.

V mezinárodním kontextu jsou to (Pokorná, V., 2001):

- potíže, problémy v chování,
- provokující žák,
- nápadné chování.

V českém kontextu se nejčastěji objevují termíny (Pokorná, V., 2001):

- problémové chování,
- riziková mládež,
- individuální dispozice k poruchám chování.

Pro zlepšení a prohloubení mezinárodní spolupráce se jeví jako nezbytné sjednocení české a mezinárodní terminologie a přístupů k problematice poruch emocí a chování. Nejvýraznějším výsledkem této spolupráce je všeobecně používaná definice poruch chování, kterou sestavilo Sdružení pro Národní duševní zdraví a speciální vzdělávání se sídlem v USA v roce 1992 v tomto znění:

„Pojem porucha emocí nebo chování je výrazem pro postižení, kdy se chování a emocionální reakce žáka liší od odpovídajících věkových, kulturních nebo etnických norem a mají nepříznivý vliv na jeho školní výkon včetně jeho akademických, sociálních, předprofesních a osobnostních dovedností.

Současně je toto postižení něco víc než přechodná a víceméně předvídatelná reakce na stresující události z jeho prostředí. Problémy se vyskytují současně ve dvou různých prostředích, z nichž jedno souvisí se školou.

Toto postižení přetrvává i přes individuální intervenci v rámci vzdělávacího programu (pokud se tým odborníků ve svém posudku neshodl na základě historie daného jedince na tom, že intervence bude neúčinná).

Poruchy chování a emocí mohou koexistovat i s jiným postižením. Tato kategorie může zahrnovat děti a mladistvé se schizofrenií, emocionálními poruchami, úzkostnými poruchami nebo jinými trvalými poruchami chování a jeho ovládání, jestliže mají celkový nebo částečný nepříznivý vliv na školní výkon.“ (Vojtová, V., 2004, s.61)

Významným přínosem této definice je (Vojtová, V., 2004):

- předcházení stigmatizaci;
- současné zahrnutí poruchy emocí i poruchy chování;
- význam výchovně vzdělávacího prostředí;
- respekt ke kulturním a etnickým rozdílům;
- důraz na poskytnutí intervence ještě před stanovením diagnózy;
- připuštění možnosti kombinovaného postižení;
- nezahrnování přechodných reakcí na běžné zátěžové situace.

Česká legislativa požívá definici uvedenou ve vyhlášce 438/2006, která dělí děti s poruchou emocí a chování na děti se závažnými poruchami chování a s extrémními poruchami chování. (Vojtová, V., 2010)

Děti se závažnými poruchami chování jsou (Vojtová, V., 2010):

- děti ohrožené ve svém vývoji v důsledku psychického oslabení;
- děti s poruchami soustředění a pozornosti ve spojení s hyperaktivitou, které vyžadují speciálně pedagogický přístup;
- děti, které experimentují s návykovými látkami nebo už jsou drogově závislé.

Děti s extrémními poruchami chování jsou (Vojtová, V., 2010):

- děti, které jsou opakovaně na útěku, dopouštějí se jednání se znaky trestné činnosti a jejich chování nelze zvládat běžnými výchovnými prostředky;
- děti, u kterých je agresivní chování projevem náznaků duševní choroby nebo sexuální úchylnosti;
- děti drogově závislé;
- děti s uloženou ochrannou výchovou.

1.2 KLASIFIKACE PORUCH EMOCÍ A CHOVÁNÍ

Porucha emocí a chování se vyznačuje odchylkou od normy, od normality přijímané společností. Tuto odchylku můžeme posuzovat z více rozličných hledisek, proto i klasifikací poruch chování je několik, vždy zaměřených na určitou oblast (medicínská, psychologická, sociální, atd.). Poruchy chování a emocí se také často objevují jako sekundární projev jiného postižení. (Procházková, M., in Pipeková, J., 1998)

Poruchy chování a emocí z medicínského hlediska

Z medicínského hlediska (podle 10. revize MKN) se poruchy chování a emocí řadí do kategorie F 90 – F 98 a dělí se na (Janotová, D., in Zvolský, P., 2003):

- hyperkinetické poruchy;
- poruchy chování (porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování, porucha opozičního vzdoru);
- smíšené poruchy chování a emocí (depresivní porucha chování, jiné smíšené poruchy chování a emocí);
- emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (separační úzkostná porucha v dětství, fóbická úzkostná porucha v dětství, sociální úzkostná porucha v dětství, porucha sourozenecké rivalry, jiné poruchy emocí);
- poruchy sociálních vztahů (elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti, desinhibovaná porucha přichylnosti);
- tikové poruchy (přechodná tiková porucha, chronická motorická nebo vokální tiková porucha, kombinovaná tiková porucha);
- jiné poruchy emocí a chování (neorganická enuréza denního či nočního typu, neorganická enkopréza, porucha příjmu potravy v útlém dětském věku, pica, poruchy se stereotypními pohyby, koktavost, breptavost).

Poruchy chování a emocí ze speciálně pedagogického hlediska

Do této skupiny patří již zmíněné dělení podle Zikmunda (1930) na mládež mravně ohroženou, mládež mravně narušenou a mládež mravně vadnou (mládež obtížně vychovatelnou).

V dnešní době se ovšem používá dělení podle stupně společenské závažnosti, které je přijímáno většinou odborníků z oblasti speciální pedagogiky. Z tohoto hlediska se poruchy chování dělí na (Procházková, M., in Pipeková, J., 1998):

- disociální chování,
- asociální chování,
- antisociální chování.

Disociální chování je takové nepřiměřené a nevhodné chování, které je ještě možné zvládnout běžnými výchovnými postupy. Do této kategorie řadíme kázeňské přestupky, lhaní, neposlušnost, vzdorovitost i mírné porušování řádu a norem. Může se objevovat jen v určitém vývojovém období, někdy je dalším projevem jiného postižení. Často je jen přechodné. Pokud přetrvává, pak je na místě vyhledání ambulantního poradenství nebo terapeutické pomoci, aby zbytečně nedošlo k dalšímu rozvoji poruchy. Je důležité toto chování nepřehlížet a nepodceňovat, ale vždy mu věnovat náležitou pozornost a odbornou péči. (Vojtová, V., 2004)

Asociální chování ještě nepřekračuje právní normy, ale už je v rozporu s uznávanými společenskými normami a morálními principy. Velký problém zde představuje nedostatečně rozvinuté nebo úplně chybějící sociální citění jedince. Důsledky takového chování škodí převážně samotnému jedinci. Řadíme sem útěkářství, toulky, záškoláctví a zneužívání návykových látek. V těchto případech je nezbytný speciálně pedagogický přístup a často bývá nutná ústavní péče. (Vojtová, V., 2004)

Antisociální chování už je výrazně protisociální. Jeho důsledky negativně ovlivňují nejen jedince, ale ve velké míře i celou společnost. Ohrožují nejen společenské hodnoty, ale dokonce i hodnotu nejvyšší – lidský život. Naději na modifikaci takového chování představuje pouze ústavní péče, která zaručuje dlouhodobé a komplexní působení na všechny složky osobnosti postiženého jedince. I za těchto podmínek je náprava velmi obtížná a opakování problémů časté. Projevem tohoto typu chování je trestná činnost, výrazná a stupňovaná agresivita, organizovaný zločin, terorismus, atd. (Vojtová, V., 2004)

Poruchy chování a emocí z hlediska věku

Dalším důležitým hlediskem je věk jedince s poruchou chování. Problematické chování se sice objevuje v každé věkové kategorii, ale vždy má jiné projevy, specifika i možnosti nápravy. Z hlediska věku se tedy poruchy chování a emocí dělí na (Procházková, M., in Pipeková, J., 1998):

- dětskou kriminalitu (dětskou delikvenci, prekriminalitu),
- kriminalitu mladistvých (juvenilní delikvenci),
- kriminalitu dospělých.

O **dětské kriminalitě** mluvíme u dětí ve věku 6 až 15 let. Rizikovým obdobím je potom vstup do školy, se kterým se dítě adekvátně nevyrovnalo a může na něj reagovat i silně negativně (záškoláctví, lhaní, toulky, krádeže). Druhým rizikovým obdobím je puberta. (Procházková, M., in Pipeková, J., 1998)

Kriminalita mladistvých se týká věku 15 až 18 let. Nejčastěji je důsledkem výrazně negativního vlivu party na formování osobnosti, která je ještě příliš sociálně nezralá a nemá ukončený morální vývoj. Projevem bývá násilí proti jednotlivci i skupině, výtržnictví a opilství, krádeže, trestné činy související s prostitucí, gamblerstvím a toxikomanií. (Procházková, M., in Pipeková, J., 1998)

O **kriminalitu dospělých** se jedná u jedinců starších, kde pro etopedické hledisko je nejdůležitější skupina mladých dospělých ve věku 18 až 24 let. Tuto věkovou skupinu je ještě možné ovlivnit speciálně pedagogickými prostředky a ne jen represí. (Procházková, M., in Pipeková, J., 1998)

Poruchy chování podle převládající složky osobnosti

Tato klasifikace je příhodná pro mládež a hlavně u dospělých, kde už je osobnost cele vytvořena. Nejčastěji se užívá klasifikace Vocilkova (1994), která rozděluje jedince s poruchami chování na:

- neurotického jedince,
- psychopatického jedince,
- osoby sociálně nepřizpůsobivé,
- osoby se sníženými rozumovými schopnostmi.

U **neurotického jedince** dlouhodobé trvání neurotizujícího vlivu vyvolává negativní zásah do osobnosti a v důsledku se potom objevují konflikty v rodině a školní obtíže.

Celková labilita, napětí, neschopnost uvolnění a snášení akutní zátěže se může projevit poruchou chování až antisociálního rázu. (Vocilka, M., 1994)

Předpokladem pro rozvoj osobnosti v **psychopatického jedince** jsou genetické dispozice, jejichž rysy se nejvýrazněji projevují v období puberty. (Vocilka, M., 1994)

Skupina **osob sociálně nepřizpůsobivých** je podle vyhlášky MPSV č.182/91 Sb. složena z občanů propuštěných z výkonu trestu odnětí svobody, proti nimž je vedeno trestní řízení, nebo jim byl výkon trestu podmíněně odložen. Dále sem patří občané závislí na alkoholu a dalších toxikomaniích, občané žijící nedůstojným způsobem života a občané propuštění ze školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy po dosažení zletilosti. (Vocilka, M., 1994)

Osoby se sníženými rozumovými schopnostmi nedokáží posoudit správnost a nesprávnost svého chování, jsou lehce ovlivnitelné, mají velmi slabou vůli a nejsou schopny náhledu na své jednání. Z těchto důvodů jsou často pachatelé i oběťmi trestné činnosti. (Vocilka, M., 1994)

Další klasifikace poruch chování a emocí

Klasifikací pro posouzení neadekvátního chování je samozřejmě více. Objevují se snahy o vytvoření nové pedagogické klasifikace, které jsou ale zatím velmi rozdílné a subjektivní (např. Seitzova klasifikace, Klugeho klasifikace, apod.). (Vojtová, V., 2010) Známá je také klasifikace ASEBA, která soustřeďuje informace od více pozorovatelů a díky tomu zajišťuje objektivitu. Poruchy chování dělí na (Vojtová, V., 2004; Vojtová, V., 2010):

- externalizované (porušování pravidel a norem, agresivní chování);
- internalizované (depresivní projevy s úzkostným chováním a uzavřeností s psychosomatickými potížemi);
- problémy sociální, psychické a v pozornosti.

V zahraniční speciálně pedagogické literatuře najdeme také dělení poruch chování na poruchy chování (Vojtová, V., 2004; Vojtová, V., 2010):

- vyplývající z konfliktu (lhaní, krádeže, záškoláctví);
- spojené s násilím (agrese, šikana, loupeže);
- související se závislostí.

Významná je i klasifikace Myschkery, která zohledňuje pedagogické i psychiatrické hledisko. Poruchy chování rozděljuje do čtyř skupin (Vojtová, V., 2010):

- poruchy chování s externími vlivy (agrese, hyperaktivita, poruchy pozornosti, impulzivita);
- poruchy chování s interními vlivy (strach, komplex méněcennosti, úzkostnost, ztráta zájmu o okolní dění, poruchy spánku);
- nezralé sociální vztahy (snížená schopnost koncentrace, infantilní chování, snadná unavitelnost, snížená výkonnost);
- socializovaná delikvence (násilnické chování, vznětlivost, nezodpovědnost, poruchy vztahů).

V dimenzionální klasifikaci Quaye a Petersona je porucha chování nahlížena jako extrémní forma běžného chování, kde je nutné určit odlišnosti od normy. Takové chování dělí na čtyři skupiny (Vojtová, V., 2010):

- poruchy chování (verbální a fyzická otevřená agrese, ničení věcí, negativismus, nezodpovědnost, vzdorovité chování a odmítání autority);
- osobnostní a psychické problémy (sociální uzavřenost, úzkostnost);
- nevyzrálост (problémy s pozorností, denní snění, pomalost až lenost, rozpor s vývojovou normou);
- socializovaná agrese.

1.3 SOUČASNÉ PŘÍSTUPY K PORUCHÁM EMOCÍ A CHOVÁNÍ

V celosvětovém, evropském i národním měřítku se do popředí dostávají úvahy nad kvalitou života jedinců s jakýmkoliv znevýhodněním. Právě podpora těchto lidí, která zajišťuje kvalitnější život a pokud možno plnohodnotné zařazení do běžného života, je ukazatelem vyspělosti celé společnosti. Je možné říci, že v přístupech k jedincům s tělesným a mentálním postižením jsou pozitivní změny výrazné. Jejich blízké i širší okolí si uvědomuje, že za své postižení nemohou a není jimi samotnými ovlivněno. Jsou potom většinou ochotni dívat se na ně bez předsudků, chápat je a pomáhat jim. (Vítková, M., in Vítková, M., 2004)

Jinak je tomu ale u jedinců s poruchou emocí a chování, kde stále přetrvává a snad se i prohlubuje trend silně negativního vnímání těchto jedinců. U laické (a bohužel někdy i u pedagogické veřejnosti) se stále objevuje názor, že porucha chování a emocí je způsobena špatnými charakterovými vlastnostmi dítěte samotného. Navenek se tento názor projevuje silně negativním postojem vůči takovému dítěti a preferovaným názorem, že za svou nepřizpůsobivost si každý takový jedinec může sám a sám je také schopen se změnit. Tento výrazně negativní subjektivní postoj se zpětně odráží a dítěti či mladistvému může v této chvíli silně ovlivnit prognózu vývoje jeho životních perspektiv. V dítěti narůstá a průběžně se potvrzuje pocit, že ať udělá cokoli, stejně je to špatně nebo nedostatečně. Rozvíjí se v něm pocit naučené bezmocnosti a postupně nechut' se o cokoli snažit. Místo adekvátních vztahů s vrstevníky začíná hledat své místo mezi stejně „postiženými“, přijímá jejich „pravidla a normy“ chování. (Vojtová, V., 2004)

Z uvedených důvodů jsou změny v pohledu na jedince s poruchami chování nezbytné. Jsou postaveny na posuzování jedince současně v rovině individuální, biografické i sociální. Velký důraz je kladen na cílenou speciálně pedagogickou intervenci už v době rizika vzniku poruchy emocí a chování. (Vojtová, V., 2010)

Základní prioritou je potom vyhledávání cest pro posilování osobnosti a k dlouhodobým změnám v motivaci chování. Ochranné i rizikové faktory nalézáme v rovině dítěte, rodiny, školy a prostředí. Základními principy speciálně pedagogické práce s dětmi a mladistvými s poruchou emocí a chování jsou (Vojtová, V., 2004; Vojtová, V., 2008):

- pozornost k problematickému chování a jeho včasná diagnostika a intervence;
- preventivní aktivity, které jsou zaměřené na děti bez výraznějších problémů v chování a na děti v riziku;
- vyhledávání rizikových a ochranných faktorů vzniku poruchy emocí a chování;
- vytváření diagnostických modelů;
- posilování pozitivního sebehodnocení, sebedůvěry, adekvátního sebevědomí, změna negativního ladění vztahu k sobě i ostatním v pozitivnější;
- stabilita sociálního prostředí;
- hledání perspektivní orientace.

Aby se problematické chování objevovalo v co možná nejmenší míře, je nezbytné znát a **posilovat ochranné faktory** – tedy to, co může dítěti či mladistvému pomoci nedostat se do problémů v chování nebo je lépe a rychleji zvládat a nenechat prohloubit (Lane, L. K., Gresham, F. M., O'Shaugnessy, T. E., sec.cit. in Vojtová, V., 2010):

- sociální kompetence a dovednosti, připoutání k rodině, empatie, schopnost řešit problémy, optimismus, školní úspěch, vnitřní mechanismy kontroly, morální postoje, hodnoty, sebevímání;
- podpora a péče rodiny, rodinná pohoda a stabilita, pocit zodpovědnosti, pevné rodinné normy a morálka;
- pozitivní školní klima bez násilí, pocit sounáležitosti, příležitost k úspěchu a ocenění;
- spolupráce a zapojení, společenské normy, kulturní identita a etnická hrdost, přístup k podpůrným službám.

Pro úspěšnost speciálně pedagogické intervence je potřeba s problematickým chováním začít pracovat co možná nejdříve po jeho objevení. Je tedy nutné znát a **eliminovat rizikové faktory** vzniku poruchy emocí a chování (Lane, L. K., Gresham, F. M., O'Shaugnessy, T. E., sec.cit. in Vojtová, V., 2010):

- postižení, prenatální postižení, porodní úraz, nízká inteligence, slabé vazby, neschopnost řešit problémy, důvěra v násilí, nízká úroveň sociálních dovedností, malá sebeúcta, nedostatek empatie, hyperaktivita, impulzivita;
- zneužívání návykových látek, kriminalita, psychiatrická onemocnění v rodině, násilí, negativní interakce, sociální izolace, dlouhodobá nezaměstnanost rodičů, nevhodný výchovný styl, odmítání dítěte, týrání, zanedbávání, nedostatečné vedení a kontrola;
- školní neúspěch, přijetí agrese jako normy, škodlivá vrstevnická skupina, šikana, odmítání vrstevníky, slabá vazba na školu, nevhodné kázeňské prostředky;
- socioekonomické znevýhodnění, životní podmínky, násilí a kriminalita v okolí, považování násilí za adekvátní reakci na frustraci, nedostatek podpůrných služeb, diskriminace.

Dítě prochází po celé své dětství procesem socializace, která je pro něj přípravou na kvalitní život v dospělosti. Učí se při tom různým způsobům chování, způsobům řešení možných interakcí, poznávání lidí a reagování na ně, zapojování do sociálních vztahů nebo vytváření sociálních sítí. Získává zkušenosti s obousměrnými reakcemi, setkává se s různými impulzy. Etopedie a její speciálně pedagogická intervence má za úkol tuto pozitivní a úspěšnou socializaci umožnit i dětem, pro které je v důsledku problematického chování nebo poruchy emocí a chování velmi složitá. (Říčan, P., 1990)

Poruchy emocí a chování bývají nejčastější příčinou vzniku a rozvoje závislostního chování u dětí a mladistvých, které v důsledku vede nejen ke změně osobnosti jedince ve všech jejích složkách, ale současně se také prohlubuje a jeho asociální chování se mění v chování výrazně antisociální spojené s trestnou činností. (Vojtová, V., 2010)

2 PROBLEMATIKA NÁVYKOVÉHO A ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Návykové látky lidskou společnost provázejí odnepaměti. Byly vyžívány i zneužívány k různým účelům. Přesto, že se způsob života lidí neustále mění, jsou v něm návykové látky stále přítomny. Nabízejí totiž na první pohled jednoduchou a rychlou cestu k řešení všech problémů a stresů každodenního života. Nikdo jistě nezačíná zneužívat návykové látky proto, že se chce na nich stát závislým. Bohužel je první zkušenost s drogou často pozitivní a nebezpečí vzniku závislosti si v tu chvíli člověk neuvědomuje nebo uvědomovat nechce. Závislostní a návykové chování je problém nejen medicínský, ale ve významné míře také sociálně a speciálně pedagogický. Zejména pokud se týká dětí a mladistvých je nenahraditelná speciálně pedagogická prevence a intervence. (Nešpor, K., 2003)

Tato problematika je podle 10. revize MKN zařazena do kapitoly „Duševní poruchy a poruchy chování způsobené psychoaktivními a jinými látkami“ s označením F10 až F19. (Mareček, P., in Zvolský, P., 2003)

2.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI

V současnosti je používána definice závislosti podle 10. revize MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) v následujícím znění:

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil víc. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- *silná touha nebo pocit puzení užívat látku;*

- *potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;*
- *tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky;*
- *průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látky pro dosažení účinku, který byl původně vyvolán nižšími dávkami;*
- *postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky a ke zotavení se z jejího účinku;*
- *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.*

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek.“ (Nešpor, K., 2003, s.14 – 15)

Z uvedené definice podle Nešpora (2003) jednoznačně vyplývá, že „závislost“ na internetu, na hracích automatech, na práci a dalších podobných činnostech není závislostí v pravém slova smyslu. Protože ale takové návykové chování má se závislostí mnoho společných rysů, často pro něj termín závislost používáme.

Druhou užívanou definicí je definice závislosti podle DSM–IV (Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob) v následujícím znění:

„Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

- *růst tolerance, tedy zvyšování dávek pro dosažení stejného účinku nebo pokles účinku při stejném dávkování;*
- *odvykací příznaky po vysazení látky;*
- *přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu než měl člověk v úmyslu,*
- *dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;*
- *trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;*
- *zanechání nebo omezení sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky;*
- *pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a*

... které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.“ (Nešpor, K., 2003, s.26)

2.2 VZNIK ZÁVISLOSTI A JEHO PŘÍČINY

Syndrom závislosti je souborem tělesných i psychických změn v organismu jedince, který se vytvořil na podkladě opakovaného užívání návykové látky. Projevem tohoto syndromu je neovlivnitelné nutkání opakovat své jednání bez ohledu na jeho důsledky. (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998)

Podkladem pro vznik závislosti bývá nemožnost či neschopnost jedince uspokojovat své základní potřeby přirozenou cestou. Deprivovaný jedinec se potom snaží najít jiné způsoby naplnění hlavně následujících potřeb (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998):

- potřeby určitého množství kvalitních podnětů;
- potřeby stálosti, řádu a smyslu;
- potřeby emocionálních a sociálních vztahů;
- potřeby společenského uplatnění a společenské hodnoty;
- potřeby otevřené budoucnosti.

Často se mu tohoto krátkodobého naplnění poprvé dostane po užití psychoaktivní látky a její prvotní subjektivně silně pozitivně vnímaný účinek je prvním krokem ke vzniku a následnému rozvoji závislosti. (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998)

Faktory vzniku závislosti

Faktory, které zapříčiňují vznik závislosti, můžeme rozdělit do několika skupin (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998):

- farmakologické faktory, tedy rozsáhlé spektrum látek, které závislost vyvolávají a které se i v medicíně běžně užívají;
- osobnostní faktory, tedy somatické a psychické vlastnosti osobnosti, do kterých patří snaha odstranit tělesné potíže nebo výrazněji stimulovat smysly, v oblasti sociální je to snaha o identifikaci s určitou skupinou a přijetí do ní;

- faktory prostředí, které mají vždy velmi výrazný vliv na formování osobnosti;
- faktor podnětu, tedy důvodu k užití návykové látky, kterým bývá snaha o únik z nepříjemné reality nebo naopak touha po pocitu euforie;
- socioekonomické faktory, kde se na podkladě vyšší pracovní zátěže a ekonomické náročnosti rodiny výrazně zužuje a zplošťuje výchovná péče a důslednost vůči dětem ze strany rodičů.

Žádný z těchto faktorů nestojí sám, raný vznik závislosti je zapříčiněn souhrou více faktorů a významný vliv zde mají poruchy emocí a chování u dětí a mladistvých. Důležitým faktorem zneužívání návykových látek a vzniku závislosti je vždy **motivace**. U dětí a mladistvých je to převážně motivace (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998):

- interpersonální a sociální, kde jde o potřebu uznání a komunikace;
- specifická, kde se uplatňuje osobní potřeba prožít dobrodružství nebo získat ocenění určitých osob;
- emocionální, kde do popředí vystupuje potřeba uvolnění.

Motivace adolescentů a dospělých jsou navíc (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998):

- fyzická a senzorická, kde se jedná o potřebu stimulace smyslového vnímání;
- politická;
- intelektuální, jako je únik před nudou, zkoumání vlastního vědomí a podvědomí;
- filosofická, kam patří hledání smyslu světa a života;
- antifilosofická, která vychází z neuspokojení a zklamání životem;
- kreativně estetická;
- spirituálně mystická.

Vývojová specifika vzniku závislosti u dětí a mladistvých

Jak již bylo řečeno, závislost vzniká na podkladě nenaplnění základních potřeb, nesplnění vývojových úkolů důležitých pro dané vývojové období a také neschopnosti adekvátní adaptace na prostředí, sociální okolí a životní roli jedince. (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998)

Přesto, že vznik závislosti spojujeme s dětmi staršího školního věku, pubescentů a adolescentů, je potřeba vrátit se i na počátek vývoje jedince, hlavně na jeho úroveň

zvládnutí kritických období a vývojových krizí. Psychika jedince je v těchto obdobích velmi citlivá a zranitelná, její přetváření poznamenává celý další vývoj osobnosti. Už **v prenatálním vývoji** plod reaguje na matku a je s ní v interakci. (Říčan, P., 1990)

V kojeneckém období je vývoj po tělesné i duševní stránce velmi rychlý, dítě se má stát součástí sociálního prostředí. Nejdůležitější je v tomto období citové připoutání k matce, které je prototypem všech dalších citových vztahů v životě jedince. Také vytvoření, rozvinutí a upevnění základní důvěry je nutností pro pozdější dobrou receptivitu a snášení nepříjemností a samoty v pozdějším životě. (Říčan, P., 1990)

V období batolete se začíná rozvíjet osobnost, pocit JÁ. Objevuje se dětský vzdor a negativismus, jejichž projevy a způsoby zvládání jsou opět velmi důležité pro formování osobnosti a individuality dítěte. (Říčan, P., 1990)

V předškolním období dítě potřebuje především citové bezpečí a pohodu v rodině, autoritu otce a ochraňující a přijímající matku. Dochází k identifikaci s rodiči, vštěpuje si ale nejen to nejlepší, ale i to nejhorší z osobností rodičů. Dítě bezděčně i záměrně napodobuje rodiče, roli zde hraje i sexuální identifikace. Vývojovými tématy tohoto období jsou iniciativa, odvaha, průbojnost, podnikavost, vina, svědomí. V mateřské škole se dítě seznamuje s chováním v novém sociálním prostředí, s dodržováním nových pravidel. Začíná navazovat nové sociální interakce a vztahy s dospělými i vrstevníky. (Říčan, P., 1990)

V mladším školním věku dochází k radikální změně, kterou je začátek školní docházky. Škola na dítě působí ve třech rovinách – školní práce, dětský kolektiv a učitel. Dítě je nuceno soustředit se, tlumit impulsy ke hře a kontaktu s jinými dětmi, překonávat překážky a „zatnout zuby“ při neúspěchu. Pokud dítě z nějakého důvodu nestačí nárokům školy, objevuje se pocit méněcennosti, který narušuje zdravý vývoj sebevědomí. Třída jako dětský kolektiv se postupně strukturuje a nutí k přijetí společenské role. Jako protiklady, které se ovšem navzájem nevylučují, se objevuje solidarita a soutěživost. Učitel zpočátku bývá autoritou, které se dítě snadno podrobuje a identifikuje se s ní. Později se ale nastupuje potřeba ověřit si a přesvědčit se, že taková opravdu je. Pro vývoj osobnosti je důležitý i způsob trávení volného času. I školák stále potřebuje rodinu jako útočiště, jistotu a něhu matky a ocenění, domluvy i tresty otce. Důležitou zůstává potřeba identifikačního vzoru. Do popředí se dostává také potřeba otevřené komunikace, která dítěti umožňuje orientaci ve svých citech, jejich přijetí a ovládnutí. V tomto období se také dítě učí hledat vztah k práci a pracovat,

prostřednictvím práce má možnost naplnit svou potřebu společenské užitečnosti a jedinečnosti. Učí se tím také vážit si práce své i ostatních. (Říčan, P., 1990); (Helus, Z., 2004)

Období pubescence je nejdramatičtějším obdobím ve vývoji člověka, individuální rozdíly v tělesném, psychosociálním a citovém vývoji jsou v tomto období nejmarkantnější, stejně jako ve vývoji mravním, estetickém a světonázorovém. Hlavním vývojovým úkolem je přijetí vlastního těla, sebeuvědomění se jako chlapce/muže nebo dívky/ženy společně s nalezením vztahu k opačnému pohlaví. Pro jedince jsou stále citové vazby s rodiči na prvním místě, ale převládá v nich kritika, negativismus a vzpoura vůči autoritám. Vývojovým smyslem tohoto pubescentního negativismu je usnadnění vymanění z dětské citové závislosti. Hlavní hybnou silou vývoje v tomto období je vztah s vrstevníky, objevuje se touha po důvěrném kamarádovi a první platonické zamilování jako odpověď na touhu po něčí blízkosti. (Říčan, P., 1990); (Helus, Z., 2004)

V období adolescence je vývojovým úkolem jedince vyznat se sám v sobě, najít své místo a uplatnění ve světě, ověřit si, co dokáže a vydrží. Toto období je spojeno s vážnými osobními krizemi, koncem tohoto období už se obyčejně objevuje radostnější ladění, pocit vnitřní síly, citové a rozumové prohloubení a uklidnění, dosažení pohlavní i sociální zralosti. Pro další rozvoj osobnosti jsou velmi důležité aktivní zájmy, zodpovědnost za vlastní výkon a schopnost sebevzdělávání. Hybnou silou vývoje osobního, společenského i duchovního je mezigenerační konflikt, vzájemná konfrontace a obhajoba vlastního způsobu života. Odloučením také končí dlouhodobý emancipační proces. (Říčan, P., 1990); (Helus, Z., 2004)

Základy hledání a vytváření identity zvolna a postupně rostou už od raného dětství a adolescence je vrcholem osobního zápasu o identitu, je senzitivním obdobím pro její nalezení a budování. Znamená to vědět, kdo jsem, kam patřím, kam směřuji, čemu věřím, co dokážu. Znamená to získat sebejistotu, zodpovědnost, sebevědomí, znalost sebe sama a pevné zakotvení. To vše může být vážně narušeno nesplněním některého z vývojových úkolů nebo nedostatečnou saturací potřeb v kterémkoliv vývojovém období. Za nejvíce ohrožené je považováno období pubescence a adolescence, kdy nezvládnuté nároky mohou jedince vést k útěku do nejrůznějších závislostí, ke kriminalitě nebo promiskuitnímu chování. (Říčan, P., 1990); (Helus, Z., 2004)

Rizikové a protektivní faktory vzniku závislosti u dětí a mladistvých

Okolnosti, které zvyšují riziko vzniku návykového a závislostního chování můžeme rozdělit do několika oblastí (Nešpor, K., 1995):

- dítě samotné,
- rodinné prostředí,
- školní prostředí,
- vrstevnická skupina.

V oblasti, která se týká přímo samotné **osobnosti dítěte**, zvyšují riziko vzniku návykového a závislostního chování duševní poruchy, poruchy emocí a chování, úzkostné poruchy, strach, dlouhé a bolestivé onemocnění nebo úrazy hlavy. Významné místo zaujímá také nízká úroveň sebeovládání, neschopnost akceptovatelného zvládnutí stresových situací a neschopnost úspěšně vzdorovat nepříznivému vlivu prostředí spojená se sklonem k násilnému chování a agresivním reakcím. Rizikem je vždy i podprůměrná inteligence a malé sebevědomí dítěte. (Nešpor, K., 1995)

Také **rodinné prostředí** dítěte je jedním z faktorů, které možnost vzniku a rozvoje závislosti ovlivňují. Negativně působí např. chladný, odtažitý přístup a citová deprivace v časném dětství. Později potom nedostačující dohled, podceňování i přeceňování schopností dítěte, nevhodný výchovný styl rodičů a ve velké míře také schvalování a zneužívání návykových látek samotnými rodiči. Riziko se výrazně zvyšuje při špatné funkci nebo úplné nefunkčnosti rodiny a nezařazenosti rodičů do společnosti. Riziko vzniku závislosti je vyšší u dětí psychicky nebo fyzicky týraných a sexuálně zneužívaných. (Nešpor, K., 1995)

Dalším rizikovým faktorem je vždy i **školní prostředí** dítěte a mladistvého. Problematické je časté selhávání bez možnosti prožití úspěchu, špatný podprůměrný prospěch spojený s nechutí až averzí vůči školní práci a časté střídání škol. Tyto problémy vedou k nezájmu o školu a k záškoláctví, které samo o sobě umožňuje setkávání se závadnou partou podobně smýšlejících jedinců a nabízí více příležitostí k seznamování a experimentování s návykovými látkami. (Nešpor, K., 1995)

Vzhledem k tomu, že v období pubescence a adolescence je pro jedince nejdůležitější **vliv vrstevnické skupiny**, může se na vzniku závislosti výrazně podílet právě negativní vliv party. Ať už jeho účastí v takové, kde je normou zneužívání návykových látek ve spojení s neakceptováním autorit a protispolečenským jednáním, ale také jeho odmítání a zesměšňování takovou partou. (Nešpor, K., 1995)

Významná, ale jen těžko ovlivnitelná, je také úroveň celé společnosti a stav životního prostředí. (Nešpor, K., 1995)

Protektivní faktory můžeme potom nalézt opět ve všech čtyřech uvedených oblastech. Víceméně se shodují s výše uvedenými protektivními faktory, které se týkaly vzniku poruchy emocí a chování. Podrobněji budou popsány v kapitole Prevence sociálně patologických jevů. (Nešpor, K., 1995)

2.3 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Celá historie lidstva je prostoupena užíváním drog pro změnu stavu vědomí, k stimulaci nebo uvolnění, ke zlepšení schopnosti vnímání nebo k vyvolání halucinací. Drogy byly už od prvních lidských civilizací užívány a zneužívány. Původně šlo pouze o drogy získávané z přírodních zdrojů, později díky rozvoji chemické a farmaceutické výroby a rozvoji mezinárodního obchodu také ve velké míře o drogy uměle vyráběné. (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998)

Znaky závislosti

Pro pochopení a posouzení návykového chování a závislosti je nezbytné uvést základní znaky závislosti, kterými jsou (Nešpor, K., 2003):

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v sebeovládání,
- somatický odvykací stav,
- růst tolerance,
- zanedbávání jiných potěšení a zájmů,
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivosti následků.

Silnou touhu nebo **pocit puzení** užívat látku označujeme také jako **bažení (craving)**. Už v roce 1955 bylo Světovou zdravotnickou organizací definováno jako touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měl jedinec předchozí zkušenost. Toto bažení může být tělesné (vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) nebo psychické (může se objevit i po delším období abstinence). Bažení není pouze subjektivním pocitem lidí, kteří chtějí dál pokračovat v užívání návykové látky, ale projevuje se i objektivně. Může jít např. o aktivaci jistých částí

mozku, oslabení paměti nebo prodloužení reakčního času. Bažení zvyšuje sice riziko recidivy, ale při správném vedení může naopak pomoci zlepšit sebeovládání a vlastní orientaci v dané rizikové situaci. (Nešpor, K., 2003)

Potíže v sebeovládání sice úzce souvisejí s předchozím znakem závislosti, ale totožné nejsou. I u lidí trpících silným bažením může být sebeovládání zachováno. Potíže v sebeovládání se objevují hlavně u jedinců, kteří mají sklon craving popírat a potlačovat. Vzniká tak u nich úzkost, která v důsledku jejich sebeovládání oslabuje a zesiluje bažení po užití návykové látky. Nízká úroveň sebeuvědomění a sebeovládání potom může vyústit v nadměrnou únavu a dlouhodobé vyčerpání. (Nešpor, K., 2003)

Charakter **somatického (tělesného) odvykacího stavu** bývá opakem stavu, který nastupuje po požití dané návykové látky. Někdy může být až život ohrožující. Tento stav má svá kritéria. Mezi ně patří nedávné vysazení či značná redukce návykové látky po jejím dlouhodobém užívání, výskyt příznaků v souladu se známkami odvykacího syndromu (které jsou pro každou látku jiné, ale často se mezi nimi objevuje nevolnost, podrážděnost, bolesti a pocení) a jinak nevysvětlitelné tělesné či duševní onemocnění. (Nešpor, K., 2003)

Růst tolerance se projevuje požadavkem zvyšování dávek návykové látky nutným pro zachování jejího stejného účinku. V důsledku předchozí abstinence, ve vyšším věku, v souvislosti s některým dalším onemocněním nebo při některé medikamentózní léčbě může dojít naopak k poklesu tolerance. Tento pokles tolerance bývá obvyklý i u alkoholismu v pokročilých stádiích rozvoje. Nečekaný pokles tolerance je vždy nebezpečný, náhle může mít dávka jedincem běžně užívaná život ohrožující následky. (Nešpor, K., 2003)

Zanedbávání jiných potěšení a zájmů je nejlépe viditelnou a i pro laika snadno rozpoznatelnou známkou závislosti. Často se objevuje velice brzy po vzniku závislosti nebo i před ním. (Nešpor, K., 2003)

Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků souvisí nejen se zhoršeným sebeovládáním, ale často i s nepříjemnými odvykacími stavy při pokusech o vysazení návykové látky. (Nešpor, K., 2003)

Fáze vývoje drogové závislosti

Vývoj drogové závislosti je postupný a v prvních fázích často ani nesouvisí s vlastním užíváním návykových látek. Hranice mezi návykem a závislostí není hlavně

u dětí a mladistvých striktně vymezena. Často se pro tyto počáteční fáze užívá termínů „experimentální“ nebo „rekreační“ užívání drog. (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998)

Waldmann (1971) dělí vývoj drogové závislosti do čtyř etap (Mühlpachr, P., sec.cit. in Pipeková, J., 1998):

- hledající vztah mladistvého, který právě prožívá generační problémy a konflikt;
- vytváření a stabilizace skupin mladistvých spojené s konzumací drog;
- vznik vlastní závislosti jedince na droze, kterou vyhledává a potřebuje užívat již bez ohledu na partu;
- fyzická závislost na droze spojená se stálou starostí o její opatření, kdy jedinec už neprožívá efekt drogového opojení, ale pouze úlevu od negativních prožitků po vysazení drogy.

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

- první kontakt,
- experimentování,
- užívání,
- závislost,
- odvykání.

První kontakt s drogou a první osobní zkušenosti s ní se zpravidla odehrávají ve skupině, v partě. Pro většinu dětí je tato zkušenost dostačující a návykovou látku dále nevyhledávají. Např. s alkoholem se ale velmi často děti poprvé setkávají ne v partě vrstevníků, ale v rodině. (Vaníčková, E., 2003)

Experimentování je typické pro děti a mladistvé, pro které byl první kontakt s drogou pozitivním prožitkem, zejména pro naplnění potřeby uznání a sounáležitosti s určitou sociální skupinou. Ubezpečují se, že společné užívání návykové látky jim umožňuje být nezastupitelným a plnoprávným členem takové skupiny. Získávají pocit, že občasné užití přináší příjemné prožitky a pomáhá k úniku z nepříjemné reality. Experimentování lze ještě před okolím dobře utajit, negativní účinky zatím nejsou patrné a změna je i okolím často vnímána jako pozitivní (dítě se může jevit jako méně nejisté, úzkostné, zakřiknuté a osamocené). (Vaníčková, E., 2003)

Užívání jako takové je často iniciováno konfliktem, osobním selháním nebo emocionálním traumatem dítěte nebo mladistvého, který má zkušenosti s experimentováním s drogou. Už v předchozí fázi si zažilo pozitivní pocity drogou

vyvolané a při osobních problémech se k ní vrací. Jedinec se potom přechodně cítí lépe a jako pohodový a úspěšný je přijímán okolím. Droga už se ale v této chvíli stává součástí života dítěte či mladistvého, postupně se pozitiva mění v negativa. Rekreační užívání už přešlo do problémového užívání. Objevuje se zanedbávání zájmů, časté absence ve škole, pozdní příchody domů, zhoršují se vztahy s kamarády, s rodiči i ve škole. Jedinec si často uvědomuje, že nastalé problémy mají spojitost s užíváním drogy a pokouší se abstinovat. Určitý čas je toho i schopen, mylně si ovšem tento výsledek interpretuje jako zvládnutí situace a v užívání pokračuje. (Vaníčková, E., 2003)

Závislost se projevuje absolutní ztrátou kontroly nad životem, droga už jedinci nic pozitivního nedává. Závislý jedinec ztrácí vlastní důstojnost, žije v sebeklamu a nevnímá realitu, ztrácí chuť do života. (Vaníčková, E., 2003)

Odvykání je pro závislého jedince po zbytek života boj se závislostí. K úspěšnému průběhu je nezbytná silná sociální podpora, vlastní motivace, ochota, velmi vysoké osobní nasazení a vyrovnání se s faktem, že drogy vůbec brát začal. (Vaníčková, E., 2003)

Klasifikace drogových závislostí

Křivohlavý (2001) uvádí rozlišení závislostí na dva druhy:

- **substanční**, kde se jedná o závislost na přijímaných látkách, které navozují změnu emocionálního stavu, kognitivní činnosti a vůle;
- **procesuální**, kde mluvíme o závislosti na určitém druhu činnosti.

Podle Světové zdravotnické organizace se psychoaktivní látky dělí do čtyř skupin (Mareček, P., in Zvolský, P., 2003):

- látky nepoužívané v lékařství a potenciálně velmi nebezpečné ve smyslu závislosti, např. tetrahydrocannabinol, psilocybin, LSD;
- látky v lékařství užívané a potenciálně nebezpečné pro možnost vzniku závislosti, např. fenmetrazin, amfetamin, diazepam;
- látky v lékařství používané, ale s menším rizikem vzniku závislosti, např. chlordiazepoxid;
- látky ostatní, které mohou závislost vyvolat, např. látky používané v průmyslu, těkavá rozpouštědla, lepidla.

Mareček uvádí také podrobnější přehled typů závislostí (Mareček, P., in Zvolský, P., 2003):

- alkoholo–barbiturátový typ,
- amfetaminový typ,
- cannabisový typ,
- halucinogenový typ,
- kokainový typ,
- kachexický typ,
- opiátovo–morfinový typ,
- solvenciový typ,
- tabákový typ,
- kofeinový typ,
- antipyretiko–analgetikový typ,
- neuroleptikový typ,
- antidepressivový typ.

Ne každá forma návykového chování se dá zařadit do kategorie závislostí i přesto, že takové chování vykazuje některé rysy závislosti. Tyto druhy návykového chování se podle medicínské klasifikace řadí do kategorie návykových a impulzivních poruch. Jedná se např. o (Mareček, P., in Zvolský, P., 2003):

- patologické hráčství;
- patologické nakupování;
- zneužívání látek nevyvolávajících závislost v pravém slova smyslu, může se jednat např. o projímadla, přírodní preparáty a potravinové doplňky, vitaminy, steroidy a jiné hormony;
- „závislost“ na počítači, na internetu, na práci, na sexu apod.;
- kleptomanie;
- pyromanie;
- poruchy příjmu potravy (mentální anorexie a bulimie).

Přesto, že se nejedná přímo o závislost, je nutné jim věnovat stejnou pozornost. Nebezpečí tkví hlavně v jejich kombinacích s užíváním návykových látek, kde se potom negativní dopad na osobnost jedince znásobuje. (Nešpor, K., 2003)

Z hlediska možného nebezpečí pro děti a mladistvé je nejvýznamnější formou návykového chování „závislost“ na počítačových hrách a na internetu, hlavně na

sociálních sítích. Mezi významná rizika v těchto případech patří zanedbávání školních povinností a nezdravý vývoj pohybového systému spojený s nedostatkem pohybu. Nadměrná časová náročnost těchto činností může způsobit zanedbávání reálných vztahů a dokonce i zaostávání v rozvoji sociálních dovedností a komunikace. (Nešpor, K., 2003)

Specifika závislostí u dětí a mladistvých

Problémy s návykovým a závislostním chováním u dětí a mladistvých mají oproti závislosti vzniklé v dospělosti svá specifika. (Nešpor, K., 2003)

Nejvýraznější je podstatně rychlejší vznik závislosti. Z tohoto důvodu je důležité přinejmenším oddálit první kontakt s návykovou látkou. Tou prvně zkoušenou je prakticky vždy alkohol a nikotin, později se přidává marihuana. Riziko užívání těchto tzv. průchozích drog je nejen v nich samotných, ale v pozdějším možném přechodu k vyzkoušení a zneužívání drog nebezpečnějších. (Nešpor, K., 2003)

V závislosti na nižší toleranci, menší zkušenosti a zvýšenému sklonu k riskování u dětí a mladistvých existuje vyšší riziko těžkých otrav. Navíc ho zvyšuje i experimentování s užíváním širšího spektra drog nebo více různých drog současně. Z uvedených důvodů je také vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. (Nešpor, K., 2003)

U dětí a mladistvých zneužívajících návykové látky se objevuje zřetelné zaostávání v celém psychosociálním vývoji. Patrné je hlavně v oblasti vzdělávání, citového vyzrání, sebekontroly, sociálních dovedností, emočního prožívání, motivace a hodnot. Tento patologický vývoj má vliv na osobnost jedince ve všech jejích rovinách, promítá se do školního i rodinného života, je příčinou možných problémů souvisejících s trestnou činností. (Nešpor, K., 2003)

Recidivy závislosti bývají u dětí a mladistvých časté, ale díky přirozenému procesu zrání osobnosti je dlouhodobá prognóza celkem příznivá. Předpokladem k jejímu naplnění je ovšem včasná diagnostika a precizní dlouhodobá spolupráce všech zainteresovaných odborníků na nápravě. (Nešpor, K., 2003)

Nejčastější drogové závislosti u dětí a mladistvých

Návykovými látkami, které děti a mladiství nadále nejčastěji zneužívají, jsou stále v alkohol a nikotin. To bohužel i přes různá legislativní opatření, která měla jejich dostupnost výrazně snížit nebo i znemožnit. Je nasnadě, že tato opatření nemohou zastávat zamýšlenou roli, pokud stále trvá nezodpovědný přístup prodejců a často nepochopitelná tolerance rodičů. Právě tyto drogy jsou přitom pro mnoho dětí a mladistvých průchozími drogami, které je pomalu vedou ke zkoušení nebezpečnějších návykových látek. (Nešpor, K., 2003)

Zneužívání alkoholu, alkoholismus

„I vodu pij opatrně, dívá-li se na tebe dítě.“ (Korejské přísloví)

Současná společnost zneužívání alkoholu toleruje nejen u dospělých, ale přes všechna možná opatření bohužel i u mladistvých. S alkoholem se děti a mladiství poprvé nejčastěji setkávají právě v rodině a s tichým souhlasem rodičů nebo přímo za jejich povzbuzování. Dítě či mladistvý poté často získává pocit lepšího zařazení do rodiny a „dospělejšího“ jednání. Požívání alkoholu se stalo součástí společenských rituálů a odmítání alkoholu v těchto případech vzbuzuje nepřiměřenou pozornost a vyvolává nevhodné reakce. (Mühlpachr, P., in Pipeková, J., 1998)

Alkohol patří do skupiny hypnotik s krátkodobým účinkem, je to jednoduchá chemická látka snadno ovlivňující všechny vnitřní orgány včetně mozku. Poškození organismu může vyvolat jednorázová intoxikace nebo opakovaný abúzus a závislost. Pro zneužívání a závislost na alkoholu platí stejná definice a kritéria jako pro ostatní psychoaktivní látky. (Mareček, P., in Zvolský, P., 2003)

Abúzus alkoholu je klasifikován následovně (Heller, J.; Pecinová, O., 1996):

- symptomatický, který vede k závislosti s psychogenním podkladem, alkohol je užíván jako prostředek pomáhající komunikaci a změně nálady, typické je samotářské pití;
- systematický, který je založen na stereotypu pití, závislost vzniká na společensko sociálním podkladě;

- juvenilní etylismus se začátkem v dětství, opětovně se často aktivuje a překlene do závislosti kolem třicátého roku.

Všeobecně přijímanou klasifikaci fází a typů závislosti na alkoholu vypracoval kanadský psychiatr Jellinek (1960), který popisuje čtyři **stádia závislosti** na alkoholu (Mühlpachr, P., sec.cit. in Pipeková, J., 1998):

- iniciální (počáteční, požitím alkoholu jedinec reaguje na stresové a náročné situace, intoxikace mu dává subjektivní pocit pomoci v jejich zvládnání, postupně zvyšuje konzumaci a jeho tolerance roste);
- prodromální (varovné, objevuje se tajné pití i s předstihem, občasné výpadky paměti, prohlubuje se pocit viny společně se snahou ovládat účinky alkoholu);
- kruciální (rozhodné, stále roste tolerance i frekvence, narůstají konflikty s okolím, objevují se zdravotní problémy, jedinec má tendenci omlouvat a vysvětlovat své jednání);
- terminální (konečné, nastupuje nepříjemný stav po vystřízlivění zaháněný tzv. ranními doušky, osobnost celkově upadá, ztráta přátel, zájmů, hodnot, práce a často i rodiny).

A dále uvádí pět **typů závislostí** na alkoholu (Mühlpachr, P., sec.cit. in Pipeková, J., 1998):

- alfa (občasné excesy s následnými problémy);
- beta (pravidelná konzumace, která sice nevykazuje větší excesy, ale jedinec není ochoten ji přerušit);
- gama (porucha kontroly spojená s konflikty s okolím a vedoucí k problematické opilosti);
- delta (charakteristická pro vinařské oblasti, užívání pravidelných dávek se zachovanou kontrolou, náhlá abstinence může vyústit v delirium tremens);
- epsilon (zneužívání alkoholu ve spojení s psychickým onemocněním).

Akutní otrava alkoholem probíhá v několika fázích. Tou první je psychická excitace, hovornost, družnost, subjektivní pocit uspokojení a dobré nálady. Dochází ke zkreslení vnímání, sebehodnocení a k přeceňování svých schopností. V další fázi je člověk utlumený, postupně nastává opilecký spánek až bezvědomí. Při koncentraci alkoholu v krvi větší než 3 promile se dostavuje útlum životně důležitých mozkových center až smrt. (Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002)

Opakované a nadměrné užívání alkoholu má samozřejmě i své důsledky. Mezi **přímé negativní vlivy** alkoholu na organismu patří celkové snižování imunity vůči infekčním chorobám, zvyšování četnosti výskytu nádorových a kardiovaskulárních onemocnění, narušení hormonální regulace a metabolismu v organismu jedince. Závažným onemocněním je alkoholická hepatitis, cirhóza a hematom jater. Objevuje se také postižení periferního i centrálního nervového systému. Postupně dochází k celkové změně osobnosti jedince i po psychické stránce, mění se emoční prožívání, kognitivní procesy i chování. U osob s plně rozvinutou závislostí často vyskytují alkoholické psychózy. Mezi ně patří alkoholový abstinenční syndrom, delirium tremens, alkoholická halucinóza a Korsakovův syndrom. Výrazně negativní vliv má alkohol užívaný v průběhu těhotenství, kde následkem bývá fetální alkoholický syndrom a celkový špatný zdravotní stav dítěte. (Mareček, P., in Zvolský, P., 2003); (Křivohlavý, J., 2001)

Uvedené primární projevy negativních vlivů se potom projevují i v souvislosti s výskytem dopravních nehod a zvýšeného rizika nehod, úrazů a materiálních škod, ve spojitosti s kriminálními činy a agresí. Velké problémy se objevují v zaměstnání a rodině. Tyto **nepřímé důsledky** vlivu alkoholu se ale projevují i v mnoha jiných každodenních činnostech. Na vině je vlivem alkoholu změněná přesnost koordinace, správnost percepce a uvažování, výdrž pozornosti a schopnost správného rozhodování. (Křivohlavý, J., 2001)

Zneužívání nikotinu, tabakismus

„Kouření je návykovou formou chování, která se dá podle všech zjištění (u lidí podléhajících mnohonásobné závislosti) obtížněji zvrátit než např. alkoholismus či drogová závislost.“ (L. T. Kozlowski)

Nikotinová závislost je sice mezi dospělými v sestupném trendu, pro děti a mladistvé ale stále představuje velké nebezpečí. Návykovou látkou obsaženou v tabáku je pouze nikotin, ovšem nejhorší negativní vliv na lidský organismus mají další látky přítomné v tabákovém kouři, kterými jsou dehet, oxid uhelnatý, formaldehyd, arsenid a kyanid. Podle Křivohlavého je mezi mladistvými v dnešní době dokonce větší procento kouřících dívek než chlapců. (Křivohlavý, J., 2001)

Hrubá (2002) uvádí, že vývoj pravidelného kuřáctví obvykle trvá asi dva roky a probíhá postupně a vychází z pozitivních fyzických, sociálních a psychických zkušeností s kouřením. Nejkritičtějším obdobím pro vznik a rozvoj kuřáckých návyků je věk mezi desátým a patnáctým rokem. Většina pubescentních kuřáků se cítí závislá na nikotinu už během prvního roku kouření. U adolescentů bývá typický pocit, že přes znalost obecně známých a platných rizik se jich tato netýkají (tzv. syndrom osobní imunity). Na začátku bývá psychosociální motivace, později je důvodem k zapálení cigarety pozitivní účinek nikotinu a postupně se vyvíjí závislost, která se klasicky projevuje růstem tolerance a abstinenčními příznaky při vysazení. Behaviorální projevy závislosti jsou spojeny s rituálem kouření, které umožňuje zvládat nudu, upoutat pozornost, zastřít nerozhodnost nebo emoce. (Hrubá, D., in Kotulán a kol., 2002)

Schmidt uvádí následující **typologii kuřáků** (Schmidt, W., 1982):

- příležitostný, který kouří občas, ale neuspokojení potřeby mu nečiní žádné potíže, kuřácké zvyklosti ho stimulují;
- návykový, který kouří ze zvyku a může svůj návyk ukončit bez větších obtíží díky tomu, že u něj ještě nejsou fixovány změněné psychodynamické procesy;
- s psychickou závislostí, kde v popředí stojí kuřácký rituál spojený s pocitem uvolnění a uklidnění;
- s psychickou a fyzickou závislostí, kde při absenci kouření nastává bušení srdce, návaly pocení, třes a celkový neklid.

Negativní následky kouření jsou všeobecně známé dlouho. V dlouhodobé perspektivě se jedná hlavně o riziko vzniku zhoubných nádorů a kardiovaskulárního onemocnění. Kouření dále zvyšuje riziko dýchacích obtíží, žaludečních vředů, má negativní vliv na vývoj plodu, zvyšuje koagulaci krve, může být příčinou impotence a nekvalitního spermatu apod. Nikotin je „průchozí“ drogou, často bývá společně s alkoholem úvodním druhem závislosti k dalším formám závislosti. Výrazně negativně ovlivňuje také nekuřáky, kteří pobývají ve společnosti kuřáků (objevuje se sekundární negativní vliv kouření – pasivní kouření). (Křivohlavý, J., 2001)

Při odvykání kouření se potom u jedince snižuje schopnost koncentrace a zaměření pozornosti, kapacita paměti a psychomotorický výkon. Zvyšuje se pocit úzkosti a psychického napětí, intenzivnější je iritabilita a dysforie. (Křivohlavý, J., 2001)

Varovné známky zneužívání alkoholu a kouření u dětí a mladistvých

Riziko zneužívání alkoholu a tabáku je možné vysledovat v celé populaci dětí a mladistvých, ale jsou určité skupiny, kde je toto riziko větší. Pokud se jedná o zneužívání alkoholu, primární pozici podle Hellera zaujímá životní styl rodiny a způsob konzumace alkoholu u rodičů. Vrstevnická skupina má v tomto směru až sekundární vliv. U kouření je naopak primární vždy vliv vrstevníků. (Heller, J.; Pecinovská, O., 1996)

Varovné známky zneužívání jakékoliv návykové látky by nikdy neměly unikat pozornosti rodičů ani učitelů. Přesto, že v začátcích jsou málo patrné, je nutné je nepřehlížet, ale vážně se jimi zabývat. Varovnými známkami společnými pro zneužívání všech návykových látek jsou hlavně (Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002):

- ubývání látky a ztráta peněz v domácnosti;
- náhlá změna či ztráta přátel;
- zhoršení péče o zevnějšek a základních hygienických návyků;
- nápadné změny v oblékání;
- náhlé zhoršení nebo výrazné výkyvy školního prospěchu;
- podrážděnost a změny nálady;
- ztráta zájmu o dřívější aktivity;
- lhaní a rozporuplná tvrzení, absence ve škole, tajné telefonáty;
- drobné krádeže a výtržnictví;
- odmítání autorit a vyhledávání samoty;
- odkládání povinností, zapomnětlivost.

Podezření ze zneužívání drog je pravděpodobnější, pokud se objevuje náhlá vyčerpanost, nespavost spojená s neklidem a podrážděností, nebo naopak zvýšená potřeba spánku a pocity pronásledování. Mohou se objevit třesy, nechutenství a pokles tělesné hmotnosti společně se zvracením a nevolností, nebo naopak nadměrná konzumace sladkého. Viditelné je překrvení spojivek, rozšíření nebo v případě zneužívání opiátů zúžené zornice, sucho v ústech a suché okoralé rty. Častá je rýma, kašel a vleklé záněty průdušek i zvýšené pocení. (Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002)

O nepochybném zneužívání návykových látek potom mluvíme, pokud dojde k přiznání této skutečnosti, jejímu prokázání v moči, při nálezů drog a aplikačních pomůcek, při akutní intoxikaci a při nálezů stop po vpiších spojenými s doprovodnými změnami cév a kůže. Podezření také potvrzuje stav „nabuzení“ (euforie,

mnohomluvnost a neobvyklé činnosti), úzkost a deprese s výrazným útlumem, záchvaty smíchu a pláče, pohybové poruchy a dezorientace, poruchy vědomí a poznávacích procesů. (Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002)

Ve spojení se zneužíváním alkoholu jsou varovnými signály (Nešpor, K., 1995):

- alkohol v dechu;
- zarudlé oči, bolesti hlavy, ospalost;
- zhoršená pohybová koordinace, nezřetelná výslovnost;
- oslabení zábran, slovní a fyzická agrese;
- při dlouhodobějším trvání výpadky paměti, třes i mimo požití alkoholu, zvyšování tolerance, samotářské nebo hltavé pití, ztráta nepijících přátel, snížená schopnost pití ovládat a zastavit;
- časté úrazy a nemoci;
- pití při nevhodných příležitostech;
- používání alkoholu na zklidnění.

Ve spojení s kouřením se objevují tyto varovné známky (Nešpor, K., 1995):

- bledost, nevolnost, zvracení;
- bolesti hlavy, pokleslá nálada;
- zažloutlé prsty a typický zápach;
- při dlouhodobějším kouření kašel, pokles tělesné výkonnosti, bolesti žaludku, srdeční obtíže, nepříznivé účinky na pokožku.

3 PREVENCE ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

Slovo „prevence“ pochází z latiny a znamená včasnou obranu nebo ochranu, opatření učiněná předem. Prevence závislostního a návykového chování je součástí rozsáhlé oblasti prevence sociálně patologických jevů. (Čech, T., in Střelec, S., 2005)

Konkrétní realizace prevence se v českém školství řídí dokumenty MŠMT ČR (Čech, T., in Střelec, S., 2005):

- Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti MŠMT ČR,
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže,
- Školní preventivní program pro mateřské školy a školská zařízení.

Uvedené dokumenty jsou v souladu s dalšími dokumenty národního a mezinárodního charakteru (Čech, T., in Střelec, S., 2005):

- Národní program rozvoje vzdělávání,
- Národní strategie protidrogové politiky,
- Strategie prevence kriminality,
- Akční plán EU boje proti drogám,
- Zdraví 21 (dokument WHO).

Příslušné dokumenty jsou pravidelně aktualizovány, aby vycházely z požadavků vývoje společnosti a úspěšnosti realizace jednotlivých strategií. (Čech, T., in Střelec, S., 2005)

Prevence se dělí na více úžeji zaměřených oblastí. U nás se používá následující dělení prevence (Nešpor, K., 2003):

- primární, kde je cílem předcházení problémům ještě před začátkem vlastního užívání návykové látky;
- sekundární, která se zabývá dobou po vzniku závislosti, ale ještě před způsobením trvalých škod v organismu nebo životě jedince;
- terciární, jejímž cílem je předcházení dalším škodám v organismu.

Např. v USA se používá jiný způsob dělení prevence (Nešpor, K., 2003):

- všeobecná, která se týká celé populace;
- selektivní, která se zaměřuje na osoby a skupiny osob se zvýšeným rizikem, ale drogy ještě neužívající;

- indikovaná, u osob vykazujících známky užívání návykové látky, ale bez možnosti diagnostiky této skutečnosti;
- léčba, která je určena pro uživatele návykových látek a osoby závislé na drogách;
- udržování stavu společně s prevencí recidiv.

V obou děleních se používají různé přístupy a strategie řešení, obě jsou tedy přínosná pro praxi. Úkolem prevence v celém rozsahu je tedy (Nešpor, K., 2003):

- co možná nejefektivněji předcházet zneužívání návykových látek dětmi a mladistvými,
- pokud není možná úplná eliminace tohoto nebezpečí, pak je nutné posunout první kontakt s návykovou látkou do pozdějšího věku pro umožnění zvýšení odolnosti a snížení negativního dopadu na dozrávající organismus,
- omezit experimentování s užíváním návykových látek,
- předcházet jakýmkoliv poškozením zdraví.

Prevence má své zvláštnosti i **z hlediska věkových skupin**. U **kojence** se za jistou formu prevence sociálně patologických jevů v budoucnosti považuje zkušenost s přiměřeně pečující matkou, důležitá je péče, vřelost a uspokojování citových potřeb dítěte. Citová deprivace prožitá v tomto období společně s dalšími faktory může být podkladem pro rozvinutí návykového chování v pozdějším věku. (Nešpor, K., 1995)

Do tří let věku dítěte je prevencí pozdějších problémů klidné, vřelé a přijímající chování rodičů. Dítě má být vedeno k tomu, že prosazování vlastní vůle je v pořádku, ale je třeba respektovat jistá omezení. (Nešpor, K., 1995)

U předškolního dítěte už je na místě vštěpovat dítěti fakt, že zdraví je velmi důležitá hodnota a je potřeba je chránit. Dítě se má seznámit s tím, že okolní svět skrývá určitá nebezpečí, mělo by se učit bránit se jim a nespolehat jen a pouze na ochranu rodičů. (Nešpor, K., 1995)

Dítěti **mladšího školního věku** má být nadále zdůrazňována hodnota zdraví, samo by mělo chtít být zdravo. Informace se postupně mění na pravidla, dovednost a návyky, vždy spojené se srozumitelným vysvětlením. Prevence by měla v této době už být cíleně zaměřená na škody, které drogy působí. (Nešpor, K., 1995)

V pubescentním a adolescentním věku se jedinec radikálně mění, dozrává tělesně i duševně. V rámci rodiny je prevencí pozitivní vztah s rodiči, který zůstává

láskyplným i přes kritičnost tohoto věku vůči autoritám. Dospělý by měl být zdrojem informací a pomoci, ale zároveň i otevřeným partnerem pro diskusi. Měl by povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Výrazný je vliv vrstevníků, který může být pozitivní i negativní. Prevence v této skupině je zásadní, protože ohrožení je tu nejmarkantnější. (Nešpor, K., 1995)

Zásady efektivní prevence se dají shrnout do následujících bodů (Nešpor, K., 2003):

- brzký začátek odpovídající věku;
- interaktivita, nejlépe v menších skupinkách účastníků;
- zahrnutí podstatné části dětí a mládeže a využití pozitivních vrstevnických modelů;
- podpora schopnosti reflexe a hledání pozitivních vzorů, rozvoj vlastních kladných osobnostních vlastností, sociálních kompetencí, vlastní sebereflexe a sebedůvěry;
- získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život (např. správná argumentace, odmítnutí, zvládání stresu);
- respekt k místním specifikům;
- zahrnutí legálních i nelegálních návykových látek;
- soustavnost, dlouhodobost, komplexnost a použití více strategií (např. prevenci ve školním prostředí společně s prací s rodiči).

Za velmi efektivní je považována **komunitní prevence**, tedy prevence v komunitách (hlavně u dospělých) a ve školách (u dětí a mládeže). Aby mohla být komunita vyvážená a mohla splňovat zmiňovanou preventivní funkci, měla by vykazovat následující charakteristiky (Nešpor, K., 2003):

- různorodá jednota a vyvážené uspořádání;
- společný základ sdílených hodnot, předávání hodnot další generaci;
- vzájemná péče, důvěra a týmová práce;
- rozvinutá efektivní vnitřní komunikace;
- usnadnění účasti na veřejných věcech pro jednotlivce;
- vytváření vlastní identity a záměrů, vnějších i vnitřních vazeb;
- otevření do budoucnosti.

3.1 PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence

Právě tato oblast prevence je z pedagogického hlediska tou nejdůležitější a její zásady je možné aplikovat nejen ve škole, ale i v rodině. Náplní primární prevence je snaha o co největší snížení poptávky po drogách, tedy snaha ovlivnit nejen jedince a jeho chování, ale i celou společnost tak, aby drogový problém nemohl vzniknout ani na bázi experimentu. Základním cílem primární prevence je předejít nebo alespoň oddálit první kontakt dítěte či mladistvého s návykovou látkou do pozdějšího věku a také zastavit nebo výrazně omezit experimentování s návykovými látkami. Primární prevence může být soustředěna na celou populaci nebo jen na vybranou cílovou skupinu, kterou jsou především děti a mládež. (Nešpor, K., 2003)

Primární prevenci můžeme popsat těmito **charakteristikami a zásadami** (Blažková, M., [on-line], 2008):

- jedná se o kontinuální proces, nahodilé a nesystematické akce snižují nebo i úplně negují výsledný efekt;
- nezbytná je pro ni přiměřenost skupinám věkovým (s přihlédnutím k mentálnímu věku jedince) i sociálním;
- způsob a náplň preventivních akcí je potřeba selektivně zaměřit na vybranou cílovou skupinu a zohlednit např. věk, sociální charakteristiky, vzdělání;
- základem je získání co nejširších vyvážených poznatků o problémech, které drogy způsobují v oblasti zdravotní i sociální;
- nutné je zaměření na vytváření a upevňování postojů a dovedností, které jsou nezbytné pro úspěšné řešení případných nesnází;
- velký význam má schopnost vyhledání opory;
- vhodná je provázanost primární prevence všech sociálních a zdravotních rizik s výchovou k občanské odpovědnosti a s výchovou ke zdraví;
- stejně tak všechny aktivity směřované proti drogám musí být výsledkem promyšlené spolupráce orgánů státní správy, škol, nadací, občanských sdružení i soukromých organizací;
- na strategii drogové prevence se nutně musí spolupodílet odborníci z oboru sociologie, pedagogiky, psychologie, medicíny i práva;

- součástí je i oslovení a zapojení nejbližšího okolí a snaha o zlepšení schopnosti komunikace o daném problému a vyrovnání se s nimi;
- nezbytné je také koordinované a systematické vzdělávání učitelů a všech pracovníků, kteří jsou do provádění prevence sociálně patologických jevů zapojeni.

Aby prevence plnila svůj účel, tedy pomáhala k zdravějšímu uvědomělému chování, nestačí pouze pouhé předávání informací. **Zásady efektivní primární prevence** uvádí Nešpor (1995) následovně:

- získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat;
- umět s dítětem o alkoholu a drogách otevřeně mluvit;
- předcházet nudě;
- pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které usnadní odmítání alkoholu a dalších drog;
- vytvořit zdravá rodinná pravidla;
- pomoci dítěti ubránit se nevhodné společnosti;
- posílit sebevědomí dítěte;
- spolupracovat s dalšími dospělými.

V primární prevenci byly a jsou užívány různé strategie. U skupiny dětí a mladistvých se středním až normálním rizikem jsou velmi účinnou strategií peer programy (vrstevnické skupiny). U dětí a mladistvých se zvýšeným rizikem je účinnou metodou nabízení lepších alternativ než návyková látka. Mezi účinné strategie patří i prevence založená na spolupráci různých složek společnosti. Jako neúčinné se jeví např. zastrašování, citové apely a prosté informování. (Nešpor, K., 1995; Nešpor, K., 2003)

Sekundární prevence

Úkolem sekundární prevence je práce s dětmi a mladistvými (ale i s dospělými), kteří již do prvního kontaktu s drogou přišli – tedy s těmi, kteří jsou ve fázi experimentování a droze jako takové ještě nepropadli. Prevence v těchto případech spočívá v motivování jedince k omezení a úplnému ukončení užívání návykové látky. Cílem poradenství a uplatňovaných terapií je nedopustit vznik závislosti. Ke slovu zde přichází odborné poradenství přímo pro experimentující jedince nebo pro rodiče.

Sekundární prevence je realizována převážně individuální prací s klienty, ale i specializovanými programy pro skupiny. (Nešpor, K., 1995; Nešpor, K., 2003)

Terciární prevence

Tato oblast prevence je zaměřena na práci s jedinci, kterým následkem závislosti už návykové látky způsobily poškození organismu. Jejím hlavním cílem je zastavit postup nemoci, předejít dalším škodám a pokud možno zmírnit důsledky dalšího užívání drog. Do jejího rámce patří např. výměny injekčních stříkaček, poradenství nebo léčebné a resocializační pobyty ve specializovaných institucích a komunitách. Cílem by mělo být dosažení trvalé abstinence a opětovné zařazení do společnosti. Tento cíl je bohužel jen velmi těžko naplnitelný. Přesto, že se to v některých případech podaří, často je náplní terciární prevence hlavně udržování závislosti v „přijatelných“ mezích a minimalizace dopadu závislosti na jedince samotné i na jejich okolí. Terciární prevence je tedy zaměřena i na uživatele drog, kteří svou závislost nevidí nebo nechtějí vidět jako problém, nebo nejsou schopni či ochotni se drog vzdát. (Zábranský, T., 2003)

Aby byla terciární prevence v co možná nejvyšší míře efektivní, měla by vycházet z následujících zásad (Nešpor, K., 2003):

- vyslechnout postiženého jedince a diskutovat s ním o jeho problému;
- nepopírat, nepřehlížet ani neskrývat závislostní chování postiženého jedince;
- nikoho neobviňovat;
- nabídnout pomoc, podle potřeby i zavolat lékaře;
- domluvit vhodné sankce za nedodržení domluveného chování.

3.2 MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

Jedná se o komplexní systémový prvek k realizaci preventivních aktivit v základních školách, speciálních školách, ve školských zařízeních pro mimoškolní výchovu a ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Závazný je pro všechna školská zařízení a kontrola jeho naplňování podléhá České školní inspekci. Tento program je pravidelně vyhodnocován z hlediska účinnosti, průběhu i efektivnosti jednotlivých jeho realizovaných aktivit. Uplatňuje se v něm odpovědnost za (Frouzová, M., [online], 2008):

- systematické vzdělávání pedagogických pracovníků v problematice sociálně patologických jevů a jejich prevence;
- řešení problémových situací souvisejících s výskytem sociálně patologických jevů;
- systémové zavádění etické, morální a právní výchovy a výchovy k zdravému životnímu stylu;
- uplatňování různých forem a metod práce při působení na jednotlivce i skupiny dětí a mladistvých se zaměřením na podporu rozvoje jejich osobnosti a sociálního chování;
- vytváření podmínek ke smysluplnému využití volného času;
- spolupráci s rodiči, osvětovou činností a poradenstvím určené rodičům;
- průběžné sledování podmínek a situace ve škole či školském zařízení a včasnou modifikaci používaných metod a forem práce;
- průběžné monitorování situace k včasnému zachycení ohrožených dětí a mládeže;
- smysluplnou diferenciaci při uplatňování preventivních aktivit;
- poskytování poradenských služeb školního metodika prevence žákům i jejich rodičům;
- nabízení a zprostředkování poradenských služeb specializovaných pracovišť žáků, rodičů i učitelům.

Povinností každé školy a školského zařízení je mít **školního metodika prevence**. Jeho úkolem je koordinace Minimálního preventivního programu a jeho aktualizace a inovace podle aktuálních potřeb a podmínek, navrhuje také odborné a metodické materiály a pomůcky pro realizaci preventivních aktivit ve škole. Dále je náplní jeho práce odborná a metodická pomoc učitelům při zavádění preventivních aktivit přímo do výuky a poskytování aktuálních odborných informací, které získává na školeních. Navrhuje také cílená opatření a řešení při vzniku problémové situace. Díky zkušenosti uplatňuje v takových situacích metody, které jsou prokazatelně účelné a jejichž efektivita je měřitelná. Na základě pověření ředitele spolupracuje s dalšími koordinátory prevence, s krizovými, poradenskými a preventivními zařízeními, s institucemi zajišťujícími sociálně právní ochranu dětí a mládeže a se zákonnými zástupci žáků. Školní metodik prevence má za úkol sestavení **školního preventivního**

programu (školní preventivní strategie). Tento program vytváří na základě Minimálního preventivního programu a platí pro něj (Frouzová, M., [on-line], 2008):

- je to dlouhodobý preventivní program, s jasně definovanými krátkodobými i dlouhodobými cíli a dlouhotrvajícími výsledky;
- je součástí školního vzdělávacího programu;
- vychází z časových, personálních a finančních daností s ohledem na co nejvyšší efektivitu;
- je naplánován tak, aby mohl být i řádně uskutečňován;
- je přizpůsoben kulturním, sociálním, politickým okolnostem i struktuře školy;
- plní základní funkci prevence, tedy oddalování, bránění a snižování výskytu sociálně patologických jevů;
- zvyšuje schopnost žáka činit informovaná rozhodnutí a přebírat za ně zodpovědnost;
- pojmenovává problémy z oblasti sociálně patologických jevů, vysvětluje je a ukazuje možnosti jejich řešení;
- pomáhá jedincům z nejvíce ohrožených skupin a podporuje je ;
- podporuje zdravý životní styl.

Významným počinem v oblasti minimální prevence sociálně patologických jevů je program **„Škola podporující zdraví“**, který vytvořila Světová zdravotnická organizace. Cílem je aplikovat strategie podpory zdraví na podmínky škol. Záměrem je trvalé zlepšování optimálního rozvoje a vývoje každého jednotlivce po stránce tělesné, duševní, duchovní i sociální. Hlavní myšlenkou je vytvoření přirozené a smysluplné školy pro každé dítě, které je v tomto pohledu bráno jako celistvá individualita v dynamickém prostředí. Evropská síť škol hlásících se k tomuto programu začala vznikat v roce 1990, zařazené školy neustále zdokonalují a inovují své školní projekty. Tento program zaštiťuje Světová zdravotnická organizace ve spolupráci s Radou Evropy a Komisí EU. Tento projekt stojí na třech základních pilířích (Havlínová, M., 1998):

- pohoda prostředí, které se stává vysoce podpůrným a posilujícím faktorem díky míře uspokojování individuálních potřeb každého jedince;

- zdravé učení, které klade důraz na smysluplnost, možnost výběru, přiměřenost, spoluúčast, spolupráci, motivující hodnocení a praktickou využitelnost;
- otevřené partnerství, které dává větší šanci zdravému fungování a společenské prospěšnosti než uzavřený autoritativní sociální systém.

Zdraví jako zdravý životní styl je podporováno i **Rámcovým vzdělávacím programem**, z něhož vycházejí školní vzdělávací programy jednotlivých škol. Konkrétně se podporou zdravého životního stylu zabývají vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět, Člověk a příroda a Člověk a zdraví a průřezové téma Osobnostní a sociální výchova. Žáci jsou v této souvislosti na prvním stupni seznamováni s biologickými funkcemi a potřebami organismu, s vhodnými a nevhodnými přístupy k dennímu režimu, k hygieně, výživě, mezilidským vztahům. Měli by nabýt přesvědčení, že zdraví je nejcennější hodnotou. Dalším cílem je potom získání pozitivního postoje k pohybovým aktivitám a jejich každodennímu zařazování do denního režimu jako prostředku uspokojování vlastních pohybových potřeb i zájmů, pro optimální rozvoj zdatnosti a výkonnosti, pro podporu zdraví a ochranu života. Na druhé stupni se žáci učí aktivně rozvíjet a chránit zdraví své i ostatních v jeho složce sociální, psychické i fyzické a být za ně zodpovědní. Učí se rozhodovat o svých činnostech ve prospěch zdraví. (Rámcový vzdělávací program, 2006)

3.3 PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A NIKOTINU U DĚTÍ A MLADISTVÝCH

Pro smysluplnou a kvalitní prevenci v těchto oblastech samozřejmě plně platí výše uvedené zásady efektivní prevence. K nim můžeme navíc přidat i znalost možných důvodů a jiných psychologických momentů, které k zneužívání mohou děti a mladistvé vést. Důležitý je potom jejich rozbor a racionální posouzení. Velmi potřebnou součástí efektivní prevence je logické a klidné vyvracení argumentů zlehčujících škodlivost užívání návykových látek, které jsou zejména u pubescentů často preferované. Podrobně je potřeba prodiskutovat vliv návykových látek na reakce a chování člověka, na jeho zdravotní stav tělesný i psychický i na jeho sociální okolí. Nezbytné je podrobné

seznámení se zhoubnými a tragickými důsledky zneužívání návykových látek a závislostí. Stejnou důležitost ale zaujímá i diskuse o příčinách prvního vyzkoušení návykové látky i o důvodech dalšího užívání drogy. (Kotulán, J., in Kotulán a kol., 2002)

Cílem takto konkrétně zaměřené prevence má být vznik následujících trvalých postojů dětí a mladistvých k problematice zneužívání návykových látek a závislostí (Kotulán, J., in Kotulán a kol., 2002):

- všeobecně obdiv k dokonalosti lidského organismu při současném vědomí citlivosti a zranitelnosti;
- touha být zdravý a podpořit svůj zdravý vývoj správným jednáním;
- vědomí, že nemocem a úrazům je výhodnější a snazší pokud možno předcházet;
- lítost nad lidmi, kteří nemohou být bez návykových látek;
- sympatie s těmi, kteří chtějí s užíváním drog skončit;
- odhodlání projevit silnou vůli a návykovým látkám nepodlehout ani je nezkusit;
- touha jednat vždy podle vlastního rozhodnutí, ne napodobováním zlovyků ostatních;
- snaha o pozitivní ovlivňování blízkých, kteří návykové látky užívají.

Výchovné programy, které jsou zaměřené na prevenci kouření, by měly obsahovat následující principy (Hrubá, D., in Kotulán a kol., 2002; Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002):

- vytvoření tlaku, náporu k tomu, aby došlo k dosažení změny v dílčích krocích;
- zaměření projektu jednostranně nebo multifaktorově;
- realizace v sérii přednášek, seminářů, besed, praktických nácviků dovedností obsahujících zdravotní následky, ekonomické souvislosti kouření, normálnost nekouření, sociální vlivy okolí, sociální klasifikace kuřáků, nácvik dovedností potřebných k odmítnutí cigarety, nácvik relaxačních technik;
- doba trvání projektů, zahrnutí projektu do náplně vyučovaných předmětů;
- věk;
- možnost přínosu zaangažováním přirozeného vůdce třídního kolektivu;

- spoluúčast rodičů;
- výcvik učitelů a lektorů.

Jako každý program prevence je i tento nutné pravidelně ověřovat, vyhodnocovat a popřípadě modifikovat podle nových podmínek. (Hrubá, D., in Kotulán a kol., 2002; Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002)

Prevence kouření musí být zaměřena nejen na úplné „nedotknutí se cigarety“, ale i na pomoc dětem a mladistvým, kteří už s kouřením experimentovali. Na místě jsou potom programy, které např. metodou hraní rolí učí způsob odmítnutí nabízené cigarety, vhodnou reakci na ostrakismus ze strany kouřících vrstevníků nebo výcvik argumentace na podporu nekuřáctví. (Křivohlavý, J., 2001)

Stejně jako u prevence kouření, tak i v případě prevence zneužívání alkoholu a jiných toxikománií hraje významnou roli škola. Komplexně působí hlavně na celkovou hodnotovou orientaci dítěte a mladistvého, ale i přímo a konkrétně pro každý druh toxikománie. Vysoká míra tolerance konzumace alkoholu ve společnosti bohužel způsobuje, že v případě pití alkoholu rodina často působí opačně než škola. Ve školních podmínkách je na místě nejen celková prevence zneužívání alkoholu, ale i prevence akutní otravy alkoholem, ke které se příležitost nabízí hlavně při různých mimoškolních akcích. Znamená to, že by žáci a studenti měli být při těchto akcích pečlivě hlídáni a poučeni o nebezpečí akutní otravy alkoholem a jejích možných tragických následků. Totéž samozřejmě platí i pro akutní intoxikaci jakoukoliv jinou drogou. (Kachlík, P., in Kotulán a kol., 2002)

Nástroje změny k lepšímu, které jsou použitelné při rozvinuté závislosti a přiměřeně modifikované i při prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mladistvých, jsou následující (Nešpor, K., 2003):

- posilování motivace,
- dobré vnímání sebe i vnějšího světa,
- dovednosti potřebné pro život,
- dovednosti sebeovlivnění,
- sociální dovednosti,
- podpora rodiny,
- terapeutická komunita,
- svépomocné příručky.

Při **posilování motivace** jde o motivační trénink prostřednictvím terapeuta. Důležité je dodržení základních principů, kterými je vyjadřování empatie a projev respektu, reflexivní naslouchání, vytvoření a uvědomění si rozporu mezi cíli a chováním jedince, vyhýbání se sporu a poskytování pozitivní zpětné vazby, práce s odporem (např. jeho změna reflexe nebo změna vztahového rámce), posilování sebedůvěry a podpora soběstačnosti. Intervence má být modifikována ve vztahu ke stádiu motivace. V prvním stádiu motivace jedinec nestojí o změnu a intervence mu má pomoci adekvátně vnímat rizika a problémy a vyvolávat pochybnosti. Druhé stádium je rozhodování, kdy je na místě připomínat důvody ke změně i rizika setrvání stavu a posilování sebedůvěry. Dalším stádiem je rozhodnutí a úkolem terapeuta je pomoci najít nejvhodnější způsob k docílení změny. Při vlastním jednání terapeut pomáhá změnu uskutečnit, při udržování se snaží pomoci chápat a užívat strategie k prevenci recidivy. Posledním stádiem se stává případná recidiva, kterou terapeut pomáhá co nejrychleji zastavit. (Nešpor, K., 2003)

Aby člověk mohl překonat závislost použitím různých strategií, musí nejprve být schopen vnímat jejich potřebnost v dané situaci. **Dobré vnímání sebe i vnějšího světa** může získat pomocí kognitivně behaviorální terapie. Patří sem relaxační a meditační techniky, psychoterapie, psaní deníku, práce s pomůckami (např. zrcadlo, fotografie nebo videozáznam vlastní osoby). Pro vnímání okolí je důležitý nácvik vnímání neverbální komunikace a využívání zpětné vazby ze strany okolí, rozvíjení dovednosti naslouchání druhým a schopnosti využívat různé zdroje informací společně se vzděláváním v nejširším slova smyslu. (Nešpor, K., 2003)

Dovednosti potřebné pro život se týkají dovedností zvládání rizikových situací a rizikových duševních stavů, které usnadňují abstinenci. (Nešpor, K., 2003)

Dovednost sebeovlivňování je založená na schopnosti účinně pracovat s motivací, uvědomovat si vlastní motivační zdroje a posilovat vlastní motivaci ke zdravému způsobu života. Základem je stanovování spíše krátkodobých a dosažitelných cílů. Dlouhodobé cíle je nutné rozdělit na dílčí kroky. Sebemotivaci je vhodné spojovat i s posilováním žádoucího chování určitou „odměnou“. K dovednosti sebeovlivňování patří i dovednosti týkající se sebevědomí a sebeúcty, které je na místě také posilovat. (Nešpor, K., 2003)

Rozvinuté **sociální dovednosti** mohou výrazně usnadnit sebeovládání. Patří k nim zdravé sebeprosazení (asertivita) na verbální i nonverbální úrovni, dovednost

odmítání, dovednost rozhodování a schopnost předvídat následky jednání, schopnost empatie a porozumění životním situacím, schopnost vytvářet vztahy a síť sociálních vztahů a v neposlední řadě i komunikační dovednosti. V dnešní době je také velmi důležitá schopnost čelit reklamě a celková mediální gramotnost. (Nešpor, K., 2003)

Rodina se může svým způsobem života přímo nebo nepřímo podílet na vzniku závislosti některého člena, ale stejně tak může vzniku a rozvoji závislosti předcházet nebo být maximálně nápomocna při překonávání už vzniklého návykového problému. Můžeme zde vysledovat rizikové i protektivní faktory. Mezi výrazně rizikové rodinné faktory podle Nešpora (2003) patří:

- výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové nemoci u rodičů a schvalování zneužívání návykových látek nebo vážná duševní choroba rodičů (v případě dospělých i závislost nebo duševní nemoc partnera);
- nejasná pravidla pro chování dítěte, nedostatek času na něj, malá péče, nedostatečný dohled a citové vazby dítěte;
- nesoustavnost a přehnaná přísnost nebo podceňování ve výchově;
- fyzické násilí, týrání nebo sexuální zneužívání dítěte;
- celkově špatné přijetí rodiny okolím, velmi těžké hmotné podmínky rodiny, časté stěhování;
- celkově špatně fungující rodina nebo i žádná rodina;
- blízký člověk, který umožňuje a usnadňuje návykové jednání a chrání závislého před přirozenými následky jeho chování.

Protektivní faktory naopak můžeme vidět v následujícím (Nešpor, K., 2003):

- přiměřená péče, dostatek času, pevné citové vazby dítěte, pozitivní hodnoty rodiny;
- jasně daná pravidla chování dítěte a přiměřený dohled spolupracujících rodičů, vřelý a středně omezující styl výchovy a odmítání návykových látek;
- respekt vůči dítěti při jasně daných pravidlech a očekáváních vůči němu;
- duševní zdraví rodičů a dobré způsoby zvládání stresu všech členů rodiny;
- zajištěna je ochrana, bezpečí a uspokojování potřeb dítěte;
- dobré přizpůsobení celé rodiny ve společnosti spojené se snahou pomáhat ostatním, navazování kvalitních vztahů a vyhledávání dobrých zájmů;
- dobré mezigenerační vztahy a spolupráce.

Rodinná terapie se uplatní při prevenci i vlastní léčbě závislostí většinou jako součást komplexnějšího léčebného programu. (Nešpor, K., 2003)

Základní rysem **terapeutické komunity** je aktivní podíl členů na léčení, dobrá komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení prostřednictvím okamžité zpětné vazby. Komunita je vnitřně diferencovaná, větší práva i povinnosti mají ti, kteří jsou v komunitě nejdéle a „osvědčili se“. Bývají zde jasně a důrazně daná a pečlivě dodržovaná pravidla a jejich porušení je potom důvodem k ukončení pobytu v komunitě. Pobyt a léčba v komunitě je vhodná pro závažnější stupně závislosti a pro jedince, kteří jsou tělesně i duševně schopni takový pobyt zvládnout, jsou ochotní tuto léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat. Vhodný je i pro závislé jedince bez dostatečně kvalitního zázemí. Zde už mluvíme o léčbě jako takové, ale i prosté seznámení s tím, co závislí jedinci při snaze se své závislosti zbavit překonávají a prožívají, je jistě na místě i v prevenci. (Nešpor, K., 2003)

Svůj velký význam mají také **svépomocné příručky** ve fázi prevence. Podávají informace o tom, co by se mohlo stát - co už se vlastně někomu stalo a jak z toho ven. Některé strategie a způsoby v nich popisované mohou tedy pomáhat s celkovým posilováním osobnosti nejen už závislým, ale i dětem a mladistvým po prvních pokusech s drogou nebo ve fázi experimentování. (Nešpor, K., 2003)

4 KONZUMACE ALKOHOLU A TABÁKU MEZI DĚTMI A MLADISTVÝMI VE VĚKU 12 AŽ 16 LET

Předchozí část diplomové práce se zabývala návykovým a závislostním chováním a jeho prevencí všeobecně, důraz byl kladen oblast zneužívání návykových látek dětmi a mladistvými. Z toho důvodu teoretická část obsahovala i vymezení poruch chování jako faktor zvyšující riziko vzniku závislosti. Na uvedenou teorii navazuje vlastní výzkumné šetření, které se zabývá zjištěním míry a úrovně konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi a mladistvými ve věku 12 až 16 let a jejich subjektivní pocit přínosu a dostatečnosti získávaných informací o škodlivosti užívání návykových látek.

Cílem bylo zmapovat úroveň a míru konzumace alkoholu a tabáku, její spojitost se školním prospěchem žáků a s účinky preventivních informací a opatření na dotazovaných školách. Vzhledem k tomu, že v určitém směru podobný výzkum autorka prováděla v rámci bakalářské práce v roce 2006 na třech z níže uvedených základních škol (ZŠ Suchdol nad Lužnicí, ZŠ Rapšach a ZŠP Třeboň), bude zde uvedeno i srovnání výsledků obou výzkumů.

Součástí diplomové práce budou i výstupy pro jednotlivé zúčastněné školy – celkové i konkrétní pro každou školu.

4.1 PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU

Předmětem výzkumu byli žáci základní školy ve věku 12 až 16 let z jihočeského regionu Třeboňsko. Cílem výzkumu bylo zmapování úrovně a míry konzumace alkoholu a tabáku mezi těmito dětmi. Důraz byl kladen i na její spojitost se školním prospěchem a s osobním názorem žáků.

Charakteristika metody a techniky šetření

Výzkum byl proveden statistickou procedurou vyčerpávajícím šetřením, použita byla kvantitativní metoda s požitím techniky dotazníku, ve kterém žáci odpovídali na 13 otázek (viz. PŘÍLOHA 1). Dotazník obsahuje 3 otázky úvodní (týkají se věku, pohlaví a bydliště), 2 otázky dichotomické a 8 otázek uzavřených.

Výzkumné šetření bylo provedeno na základě analýzy odpovědí z vyplněných dotazníků, které byly zadány žákům šestého, sedmého, osmého a devátého ročníku uvedených základních škol. Po osobní domluvě s řediteli a učiteli jednotlivých základních škol nebyly dotazníky zadány autorkou osobně, ale učitelé si je sami zadávali ve vhodných vyučovacích hodinách. Díky jejich ochotě a velmi vstřícnému přístupu byly na jednotlivých školách všechny vyplněné dotazníky sebrány zpět během tří týdnů. Dotazníky byly zadávány postupně během prosince 2011 a ledna 2012. Následovně byly zpracovány v programu EpiInfo, v. 6.04en, kde statistický text je chí-kvadrát (x na druhou) a jeho modifikaci dle Yatese a Mantel-Haenszela, dále byl použit Fisherův exaktní test.

Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum plošně pokryl většinu jihočeského regionu Třeboňsko. Zúčastnili se ho žáci druhého stupně šesti základních škol v tomto regionu – dvě ZŠ v Třeboni, ZŠ v Chlumu u Třeboně, ZŠ v Suchdole nad Lužnicí, ZŠ v Rapšachu a ZŠP v Třeboni. Všechny školy navštěvují děti z daného místa i okolních vesnic. Vzhledem k počtu dětí a plošnému pokrytí regionu Třeboňsko je zkoumaný soubor dětí průřezem velmi rozdílnými sociálními i ekonomickými prostředními (od dětí s výborným sociálním, ekonomickým, kulturním i rodinným zázemím až po děti s velkými problémy ve všech těchto sférách). Všechny děti mají možnost přístupu k různým mimoškolním a zájmovým aktivitám (z výše uvedených důvodů větší či menší) a k vhodnému využití volného času. Zkoumaný soubor charakterizují odpovědi na úvodní otázky (ot. č. 1, 2 a 3) v dotazníku jako základní identifikátory, na kterých jsou založeny různé typy třídění zkoumaného souboru dětí a mladistvých.

Celkové zastoupení jednotlivých škol ve výzkumu je následující:

<i>Celkem</i> <i>n = 518</i>	<i>ZŠ Třeboň, Sokolská</i>	<i>ZŠ Třeboň, Na Sadech</i>	<i>ZŠ Suchdol nad Lužnicí</i>
Absolutní počet	151	136	86
Relativní počet	29,2%	26,3%	16,6%

Tab.č. 1: Zastoupení jednotlivých škol

<i>Celkem</i> <i>n = 518</i>	<i>ZŠ Chlum u Třeboně</i>	<i>ZŠ Rapšach</i>	<i>ZŠP Třeboň</i>
Absolutní počet	68	45	32
Relativní počet	13,1%	8,7%	6,2%

Tab.č. 2: Zastoupení jednotlivých škol

Otázka číslo 1 zjišťovala věk zúčastněných dětí.

Z výzkumného šetření byly poté vyřazeny děti, které uvedly věk 11 let. Pro zřehlednění výsledků byly dále děti na základě věku rozděleny do dvou skupin – první skupina jsou děti mladší ve věku 12 až 13 let, druhá skupina jsou děti starší ve věku 14 až 16 let.

<i>Celkem</i>	<i>n = 518</i>	<i>12 až 13 let (mladší)</i>	<i>14 až 16 let (starší)</i>
Absolutní počet		271	247
Relativní počet		52,3%	47,7%

Tab.č. 3: Věkové rozložení zkoumaného souboru

Otázka číslo 2 zjišťovala pohlaví dětí.

<i>Celkem</i>	<i>n = 518</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>
Absolutní počet		280	238
Relativní počet		54,1%	45,9%

Tab.č. 4: Zastoupení pohlaví ve zkoumaném souboru

<i>Chlapci</i>	<i>n = 280</i>	<i>mladší chlapci</i>	<i>starší chlapci</i>
Absolutní počet		132	148
Relativní počet		47,1%	52,9%

Tab.č. 5: Věkové rozložení u chlapců

<i>Dívky</i>	<i>n = 238</i>	<i>mladší dívky</i>	<i>starší dívky</i>
Absolutní počet		139	99
Relativní počet		58,4%	41,6%

Tab.č. 6: Věkové rozložení u dívek

Otázka číslo 3 rozlišovala bydliště. Základní školy jsou ve městech (Třeboň, Suchdol nad Lužnicí) a na vesnici (Rapšach). Výzkumu se zúčastnila také základní škola v Chlumu u Třeboně, který má statut „městys“. Pro potřeby tohoto výzkumu byl vzhledem k velikosti, počtu obyvatel a občanské vybavenosti zařazen pod „město“.

<i>Celkem</i>	<i>n = 518</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Absolutní počet		312	206
Relativní počet		60,2%	39,8%

Tab.č. 7: Zastoupení místa bydliště ve zkoumaném souboru

<i>Město</i>	<i>n = 312</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>
Absolutní počet		165	147
Relativní počet		52,9%	47,1%

Tab.č. 8: Rozložení pohlaví u bydliště Město

<i>Vesnice</i>	<i>n = 206</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>
Absolutní počet		115	91
Relativní počet		55,8%	44,2%

Tab.č. 9: Rozložení pohlaví u bydliště Vesnice

4.2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Přehledová statistika jednotlivých otázek dotazníku

Úvod dotazníku tvořily 3 úvodní otázky, jejichž výsledky byly zařazeny do výše uvedené charakteristiky zkoumaného souboru. Otázky se týkaly věku, pohlaví a bydliště dětí. Z analýzy dalších otázek dotazníku dále plynou následující výsledky. Jsou uvedené slovně (otázky 9, 10, 11), v tabulkách a některé jsou pro lepší přehlednost znázorněné také graficky.

Otázka číslo 4 se zabývala prospěchem dětí.

Tento nebyl brán v úvahu samostatně, ale byl dán do souvislosti s konzumací alkoholu, kouřením a informovaností dětí. Pro tuto potřebu byl rozdělen na nadprůměrný (nejčastější známky ve škole 1 a 2), průměrný (nejčastější známky ve škole 2 a 3) a podprůměrný (nejčastější známky ve škole 4 a 5).

Otázka číslo 5 se týkala zkoušení kouření.

<i>Celkem</i> <i>n = 518</i>	<i>zkoušelo kouřit</i>	<i>nikdy nekouřilo</i>
Absolutní počet	281	237
Relativní počet	54,2%	45,8%

Tab.č. 10: Zkoušení kouření

<i>Kouřilo</i> <i>n = 281</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	117	164	165	116	164	117
Rel.počet	41,6%	58,4%	58,7%	41,3%	58,4%	41,6%

Tab.č. 11: Zkoušení kouření podle různých typů třídění

<i>Nekouřilo</i> <i>n = 237</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	154	83	115	122	148	89
Rel.počet	65,0%	35,0%	48,5%	51,5%	62,4%	37,6%

Tab.č. 12: Zkoušení kouření podle různých typů třídění

Otázka číslo 6 se týkala frekvence kouření v současné době.

<i>Celkem</i> <i>n = 518</i>	<i>vůbec nekouří</i>	<i>občas 1 cigaretu</i>	<i>obč. 2 a více cig.</i>	<i>týdně 1 a více cig</i>	<i>každodenně 1 cigaretu</i>	<i>každ. 2 a více cig.</i>
Abs.počet	403	57	13	7	4	34
Rel.počet	77,8%	11,0%	2,5%	1,4%	0,8%	6,6%

Tab.č. 13: Frekvence kouření v současnosti

403 dětí **nekouří vůbec.**

<i>n = 403</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	235	168	208	195	247	156
Rel.počet	58,3%	41,7%	51,6%	48,4%	61,3%	38,7%

Tab.č. 14: Frekvence kouření v současnosti

57 dětí vykouří **občas jednu cigaretu.**

<i>n = 57</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	21	36	36	21	36	21
Rel.počet	36,8%	63,2%	63,2%	36,8%	63,2%	36,8%

Tab.č. 15: Frekvence kouření v současnosti

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

<i>n = 13</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	4	9	7	6	7	6
Rel.počet	30,8%	69,2%	53,8%	46,2%	53,8%	46,2%

Tab.č. 16: Frekvence kouření v současnosti

7 dětí vykouří **jednu a více cigaret týdně.**

<i>n = 7</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	2	5	5	2	3	4
Rel.počet	28,6%	71,4%	71,4%	28,6%	42,9%	57,1%

Tab.č. 17: Frekvence kouření v současnosti

4 děti kouří **každodenně jednu cigaretu.**

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

Tab.č. 18: Frekvence kouření v současnosti

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

<i>n = 34</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	8	26	24	10	19	15
Rel.počet	23,5%	76,5%	70,6%	29,4%	55,9%	44,1%

Tab.č. 19: Frekvence kouření v současnosti

Otázka číslo 7 zjišťovala, zda děti zkoušely pít alkohol.

<i>Celkem</i>	<i>n = 518</i>	<i>pilo alkohol</i>	<i>nikdy nepilo alkohol</i>
Absolutní počet		470	48
Relativní počet		90,7%	9,3%

Tab.č. 20: Konzumace alkoholu

<i>Pilo alk.</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
<i>n = 470</i>						
Abs.počet	237	233	257	213	286	184
Rel.počet	50,4%	49,6%	54,7%	45,3%	60,9%	39,1%

Tab.č. 21: Konzumace alkoholu podle různých typů třídění

<i>Alk.nepilo n = 48</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	34	14	23	25	26	22
Rel.počet	70,8%	29,2%	47,9%	52,1%	54,2%	45,8%

Tab.č. 22: Konzumace alkoholu podle různých typů třídění

Otázka číslo 8 se týkala frekvence konzumace alkoholu v současné době.

<i>Celkem n = 518</i>	<i>alkohol nepije</i>	<i>pije alkohol 1-2 ročně</i>	<i>pije alkohol 1 za měsíc</i>	<i>pije alkohol 1 za týden</i>	<i>pije alkohol častěji</i>
Abs.počet	109	263	98	37	11
Rel.počet	21,0%	50,8%	18,9%	7,1%	2,1%

Tab.č. 23: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti

109 dětí nepije alkohol vůbec.

<i>n = 109</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	71	38	52	57	64	42
Rel.počet	65,1%	34,9%	47,7%	52,3%	58,7%	38,5%

Tab.č. 24: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti

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

<i>n = 263</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	146	117	133	130	155	108
Rel.počet	55,5%	44,5%	50,6%	49,4%	59,0%	41,0%

Tab.č. 25: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti

98 dětí pije alkohol 1krát za měsíc.

<i>n = 98</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	39	59	59	39	65	33
Rel.počet	39,8%	60,2%	60,2%	39,8%	66,3%	33,7%

Tab.č. 26: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti

37 dětí pije alkohol 1krát za týden.

<i>n = 37</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	15	22	27	10	18	19
Rel.počet	40,5%	59,5%	73,0%	27,0%	48,7%	51,3%

Tab.č. 27: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti

11 dětí pije alkohol častěji.

<i>n = 11</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	0	11	9	2	8	3
Rel.počet	0,0%	100,0%	81,8%	18,2%	72,7%	27,3%

Tab.č. 28: Frekvence konzumace alkoholu v současnosti

Otázka číslo 9 se týkala preferovaného druhu alkoholu.

60% dětí, které v pití alkoholu pokračují, pije pivo, 24% víno a 16% destiláty. 17% dětí pije alkohol v různých kombinacích druhů (z toho 44% mladších a 56% starších dětí).

Otázka číslo 10 zjišťovala častost **komunikace** o škodlivosti užívání návykových látek a její zastoupení v různých vyučovacích hodinách.

9,1% z celkového počtu 518 dětí má pocit, že se o dané problematice nemluví nikdy.

61,0% dětí udává, že taková komunikace probíhá jen málokdy.

29,9% dětí uvádí, že o této problematice mluví s vyučujícím často.

Otázka číslo 11 se týkala **způsobu provádění prevence** ve škole.

27,6% z celkového počtu 518 dětí uvádí, že vyučující danou problematiku jen vykládá.

72,4% dětí uvádí, že vyučující jim drogovou problematiku nejen vykládá, ale také s nimi o otázkách škodlivosti užívání návykových látek diskutuje. V této otázce měly děti možnost navíc podtrhnout odpověď, která by pro ně osobně byla nejzajímavější - 33,4% dětí uvedlo jako pro ně nejzajímavější a nejpřínosnější, kdyby současně s výkladem a diskusí byli do výuky někdy přizváni i odborníci nebo lidé s vlastní zkušeností s drogovou závislostí.

Otázka číslo 12 se zabývala subjektivním **pocitem dostatečnosti** získávaných informací o škodlivosti návykového chování.

<i>Skupina</i>	<i>dostatečné inf.</i>	<i>více informací od vyučujících</i>	<i>více informací i od odborníků a lidí s vlastní zkušeností</i>
Celkem n = 518	70,1%	12,5%	17,4%
Mladší n = 271	68,6%	14,4%	17,0%
Starší n = 247	71,7%	10,5%	17,8%

Tab.č. 29: Dostatečnost získávaných informací

Otázka číslo 13 měla zjistit **názor dětí** - co pro ně získané informace o škodlivosti užívání návykových látek znamenají a jak jejich **vnímání této problematiky** ovlivňují.

<i>Skupina</i>	<i>chtějí se řídit podle inf.</i>	<i>problematika se jich netýká</i>	<i>věří jen části inf., přehánějí</i>	<i>vůbec nevěří získaným inf.</i>
Celkem n= 518	49,4%	39,0%	10,2%	1,4%
Mladší n= 271	58,7%	34,0%	6,3%	1,0%
Starší n= 247	39,3%	44,5%	14,6%	1,6%

Tab.č. 30: Subjektivní názor dětí a mladistvých

Výsledky výzkumu podle různých typů třídění zkoumaného souboru

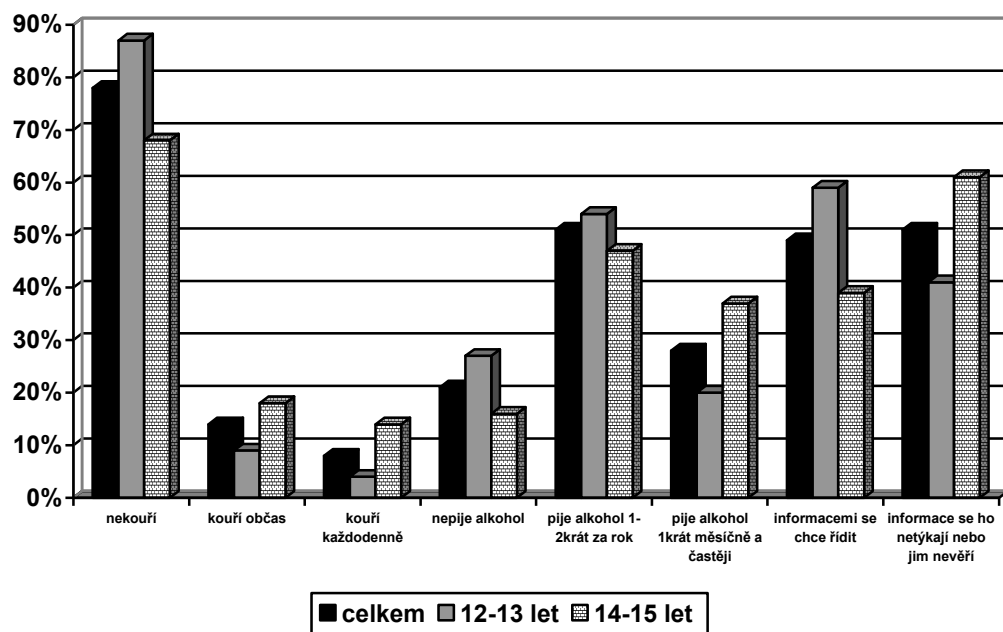
Zpracované odpovědi na otázky uvedené v dotazníku byly vyhodnoceny z více různých hledisek. Zkoumaný soubor byl roztržiděn podle věku, pohlaví a místa bydliště. V grafech byly pro lepší přehlednost sloučeny znaky uvedené v tabulkách následovně:

- nikdy nekouřilo + cigarety jen zkusilo = nekouří;
- alkohol nepilo a alkohol jen zkusilo = nepije alkohol;
- alkohol 1-2 ročně + 1 měsíčně + 1 týdně + častěji = alkohol + měsíčně a častěji;
- informace se ho netýkají + jsou přehnané + vůbec jim nevěří = informace se ho netýkají nebo jim nevěří.

Výsledky platné pro všechny děti společně, týkající se dětí mladších ve věku 12 až 13 let a dětí starších ve věku 14 až 16 let:

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 518</i>	<i>mladší n = 271</i>	<i>starší n = 247</i>
Nikdy nekouřilo	46%	57%	34%
Cig. Jen zkusilo	32%	30%	34%
Kouří občas	14%	9%	18%
Kouří každodenně	8%	4%	14%
Alkohol nepilo	9%	13%	6%
Alk. Jen zkusilo	12%	14%	10%
Alkohol 1-2 ročně	51%	54%	47%
Alkohol 1 měsíčně	19%	14%	23%
Alkohol 1 týdně	7%	6%	9%
Alkohol častěji	2%	0%	5%
Inf. dostatečné	70%	69%	72%
Více inf. uvítá	30%	31%	28%
Chce se inf. řídit	49%	59%	39%
Inf. se netýkají	39%	34%	45%
Inf. jsou přehnané	10%	6%	15%
Inf. vůbec nevěří	2%	1%	1%

Tab.č. 31: Výsledky celkové a podle věkového třídění

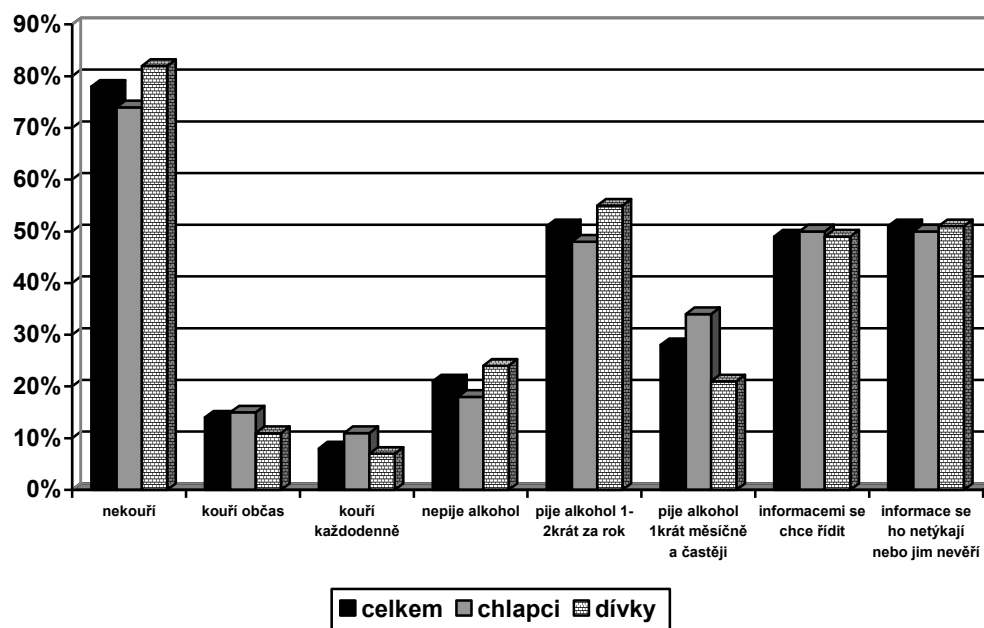


Graf č. 1: Výsledky celkové a podle věkového třídění

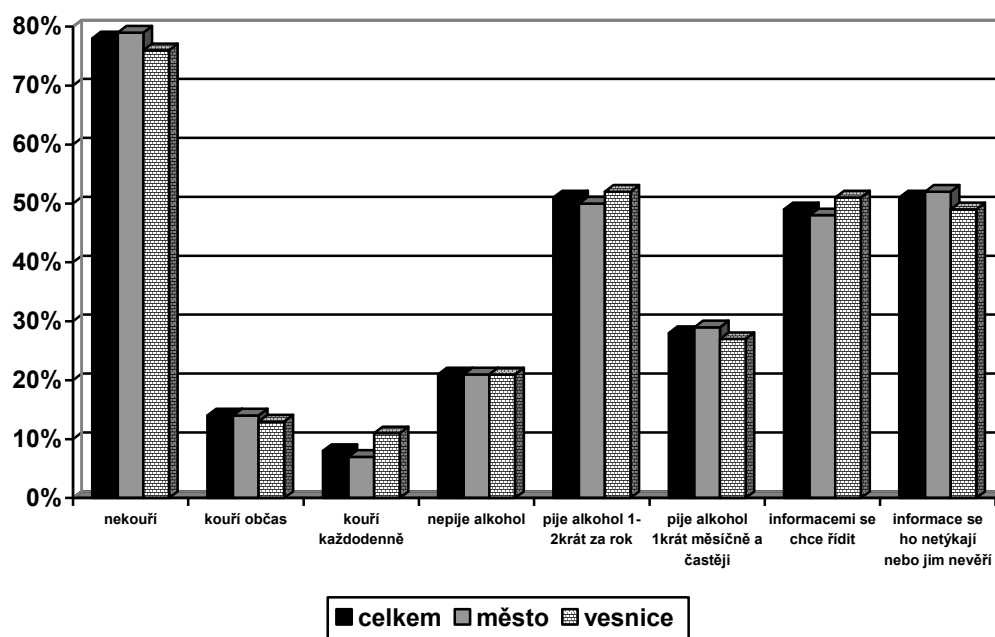
Výsledky platné pro chlapce, dívky, děti z města a děti z vesnice ve věku 12 až 16 let:

<i>Odpovědi</i>	<i>chlapci n = 280</i>	<i>dívky n = 238</i>	<i>z města n = 312</i>	<i>z vesnice n = 206</i>
Nikdy nekouřilo	41%	51%	47%	43%
Cig. jen zkusilo	33%	31%	32%	33%
Kouří občas	15%	11%	14%	13%
Kouří denně	11%	7%	7%	11%
Alkohol nepilo	8%	11%	8%	11%
Alk. jen zkusilo	10%	13%	13%	10%
Alkohol 1-2 ročně	48%	55%	50%	52%
Alk. 1 měsíčně	21%	16%	21%	16%
Alkohol 1 týdně	10%	4%	6%	9%
Alkohol častěji	3%	1%	2%	2%
Inf. dostatečné	71%	69%	70%	71%
Více inf. uvítá	29%	31%	30%	29%
Chce se inf. řídit	50%	49%	48%	51%
Inf. se netýkají	36%	42%	41%	36%
Inf. jsou přehnané	11%	9%	10%	11%
Inf. vůbec nevěří	3%	0%	1%	2%

Tab.č. 32: Výsledky třídění podle pohlaví a místa bydliště



Graf č. 2: Výsledky třídění podle pohlaví



Graf č. 3: Výsledky třídění podle místa bydliště

Pro celý zkoumaný soubor platí, že kouřit zkušelo 54% dětí a 22% z nich v této formě návykového chování pokračuje příležitostně (14% dětí) nebo každodenně (8% dětí). Alkohol ochutnalo 91% dětí a 79% z nich v jeho pití pokračuje jednou či dvakrát do roka při rodinných oslavách (51% dětí), jednou měsíčně (19% dětí) nebo dokonce

častěji (9% dětí). Nejčastějším druhem konzumovaného alkoholu je pivo (60%), 16% dětí pije destiláty a 17% dětí pije kombinace různých druhů alkoholu.

Většina dětí (61%) uvádí, že o škodlivost užívání alkoholu, nikotinu a dalších drog s nimi vyučující mluví jen málokdy, podle 72% dětí jim na toto téma vyučující vykládá a diskutuje s nimi. Pro většinu dětí (70%) jsou takto získané informace dostatečné, ale 30% dětí by se rádo více dozvíдалo nejen od vyučujících, ale i od odborníků a lidí s vlastní závislostní zkušeností.

49% dětí uvádí, že získané informace jsou pro ně zajímavé a poučné a chce se jimi řídit, 39% dětí jim věří, ale má pocit, že se jich netýkají, 10% dětí tvrdí, že jsou přehnané a věří jim jen z části, 2% dětí vůbec nevěří, že užívání návykových látek škodí jejich zdraví.

Výsledky platné pro skupinu dětí, které zároveň kouří i pijí alkohol:

<i>n = 190</i>	<i>mladší</i>	<i>starší</i>	<i>chlapci</i>	<i>dívky</i>	<i>z města</i>	<i>z vesnice</i>
Abs.počet	72	118	120	70	114	76
Rel.počet	38%	62%	63%	37%	60%	40%

Tab.č. 33: Konzumace alkoholu a tabáku

<i>n = 190</i>	<i>alk. nepije</i>	<i>alk. 1-2 ročně</i>	<i>alk. 1 měsíčně</i>	<i>alk. častěji</i>
Nekouří	0%	0%	27%	14%
Kouří občas	3%	15%	13%	5%
Kouří denně	1%	6%	11%	5%

Tab.č. 34: Frekvence současného výskytu obou jevů

Z výsledků výzkumu je patrné, že kombinace kouření a konzumace alkoholu (nebo častá frekvence jednoho z uvedených jevů) se vyskytuje ve větší míře u dětí ve věku 14 až 16 let, u chlapců a dětí z města. Také je zjevný subjektivní pocit dostatečnosti získávaných informací o škodlivosti alkoholu a tabáku, který děti mají. Přesto alkohol i tabák konzumují. U 56% z těchto dětí se jedná o kombinaci obojího, 54% z nich považuje získané informace za přehnané a věří jim jen z části. 4% dětí občas nebo pravidelně kouří, více z nich informacím věří, ale netýkají se jich. 40% dětí pije alkohol 1 za měsíc nebo častěji a podle získaných informací se chce řídit, protože jim věří.

Z hlediska školního prospěchu se v předchozích formách návykového chování u dětí nejčastěji objevuje prospěch podprůměrný (60%), v menší míře průměrný (30%) a nadprůměrný v 10% pouze u dětí, které nekouří a alkohol pijí 1 za měsíc a více.

Výsledky výzkumu podle jednotlivých škol

Zpracované odpovědi na otázky uvedené v dotazníku byly vyhodnoceny z více různých hledisek. Zkoumaný soubor byl roztržiden v kontextu jednotlivých škol podle věku, pohlaví a místa bydliště. Ve všech grafech byly pro lepší přehlednost sloučeny znaky uvedené v tabulkách následovně:

- nikdy nekouřilo + cigarety jen zkusilo = nekouří;
- alkohol nepilo a alkohol jen zkusilo = nepije alkohol;
- alkohol 1-2 ročně + 1 měsíčně + 1 týdně + častěji = alkohol + měsíčně a častěji;
- informace se ho netýkají + jsou přehnané + vůbec jim nevěří = informace se ho netýkají nebo jim nevěří.

ZŠ Třeboň, Sokolská

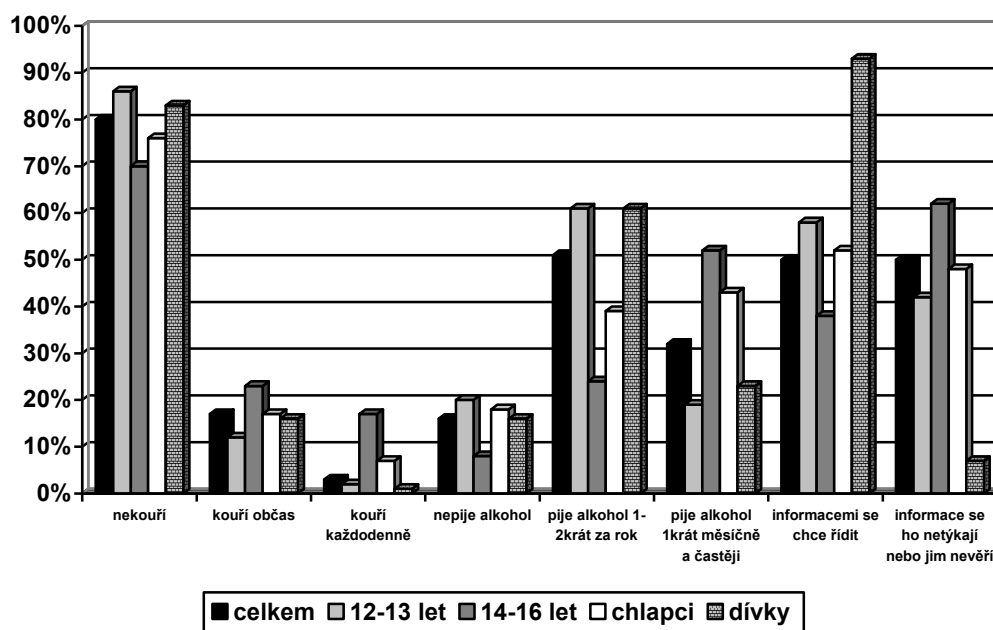
<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 151</i>	<i>mladší n = 90</i>	<i>starší n = 61</i>	<i>chlapci n = 69</i>	<i>dívky n = 82</i>
Nikdy nekouřilo	45%	54%	31%	33%	55%
Cig. jen zkusilo	35%	32%	39%	43%	28%
Kouří občas	17%	12%	23%	17%	16%
Kouří denně	3%	2%	7%	7%	1%
Alkohol nepilo	5%	8%	1%	6%	5%
Alk. jen zkusilo	11%	12%	7%	12%	11%
Alk. 1-2 ročně	51%	61%	24%	39%	61%
Alk. 1 m. a čast.	32%	19%	52%	43%	23%
Inf. dostatečné	79%	76%	85%	81%	78%
Více inf. uvítá	21%	24%	15%	19%	22%
Chce se inf. řídit	50%	58%	38%	52%	48%
Inf. se netýkají	41%	39%	44%	36%	45%
Inf. přehnané	9%	3%	18%	12%	7%
Inf. nevěří	0%	0%	0%	0%	0%

Tab.č. 35: Výsledky ZŠ Třeboň, Sokolská podle různých typů třídění

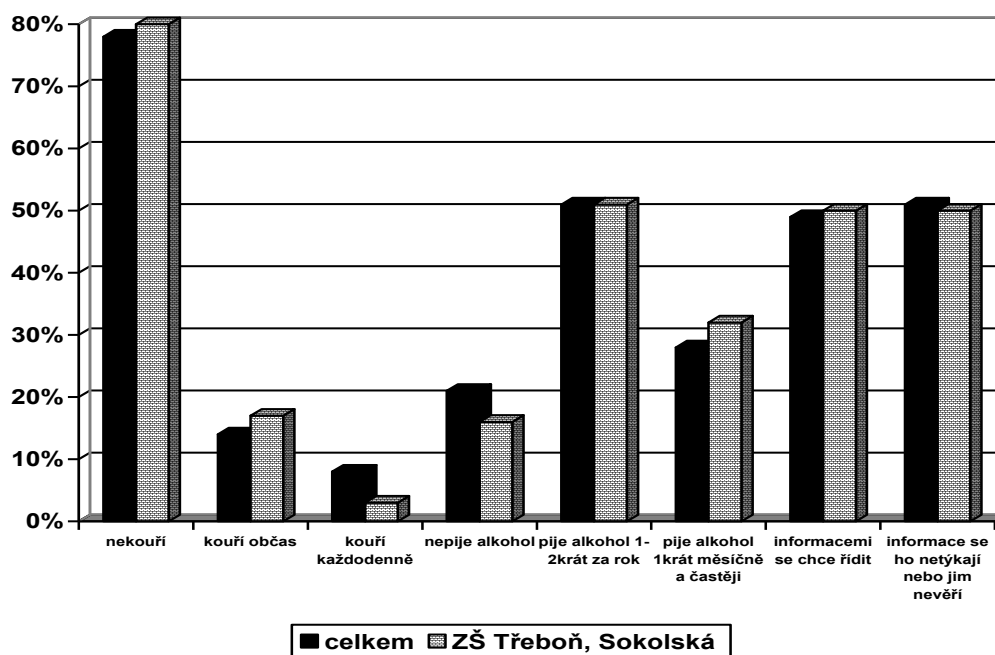
Z celkového počtu dětí nikdy nekouřilo 45%, jen zkoušelo 35%, občas stále kouří 17% a každodenně kouří 3%. Alkohol nikdy nepilo 5% dětí, jen ochutnávalo 11% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 51% a častěji než 1 za měsíc ho pije 32% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 16% dětí. V 74% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 79% dětí jsou takto získané informace dostatečné a

50% se jimi chce dále řídit, 41% jim věří, ale netýkají se jich a 9% dětí je považuje za přehnané. Jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví celá skupina chlapců z vesnice a starší chlapci z města.

Graficky je znázorněno porovnání celkových výsledků školy s výsledky jednotlivých skupin dětí a výsledků školy s celkovými výsledky výzkumu.



Graf č. 4: Výsledky ZŠ Třeboň, Sokolská podle různých typů třídění



Graf č. 5: Výsledky ZŠ Třeboň, Sokolská v porovnání s celkovými

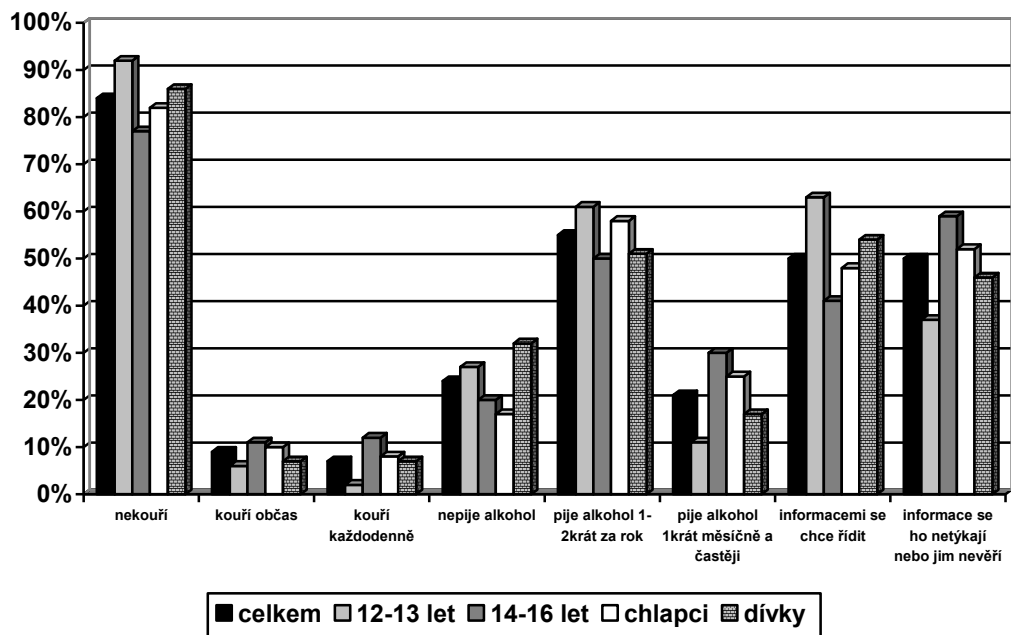
ZŠ Třeboň, Na Sadech

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 136</i>	<i>mladší n = 62</i>	<i>starší n = 74</i>	<i>chlapci n = 77</i>	<i>dívky n = 59</i>
Nikdy nekouřilo	48%	60%	38%	46%	50%
Cig. jen zkusilo	36%	32%	39%	36%	36%
Kouří občas	9%	6%	11%	10%	7%
Kouří denně	7%	2%	12%	8%	7%
Alkohol nepilo	12%	16%	8%	8%	17%
Alk. jen zkusilo	12%	11%	12%	9%	15%
Alk. 1-2 ročně	55%	61%	50%	58%	51%
Alk. 1 m. a čast.	21%	11%	30%	25%	17%
Inf. dostatečné	77%	76%	78%	74%	81%
Více inf. uvítá	23%	24%	22%	26%	19%
Chce se inf. řídit	50%	63%	41%	48%	54%
Inf. se netýkají	42%	35%	46%	43%	40%
Inf. přehnané	7%	2%	12%	8%	6%
Inf. nevěří	1%	0%	1%	1%	0%

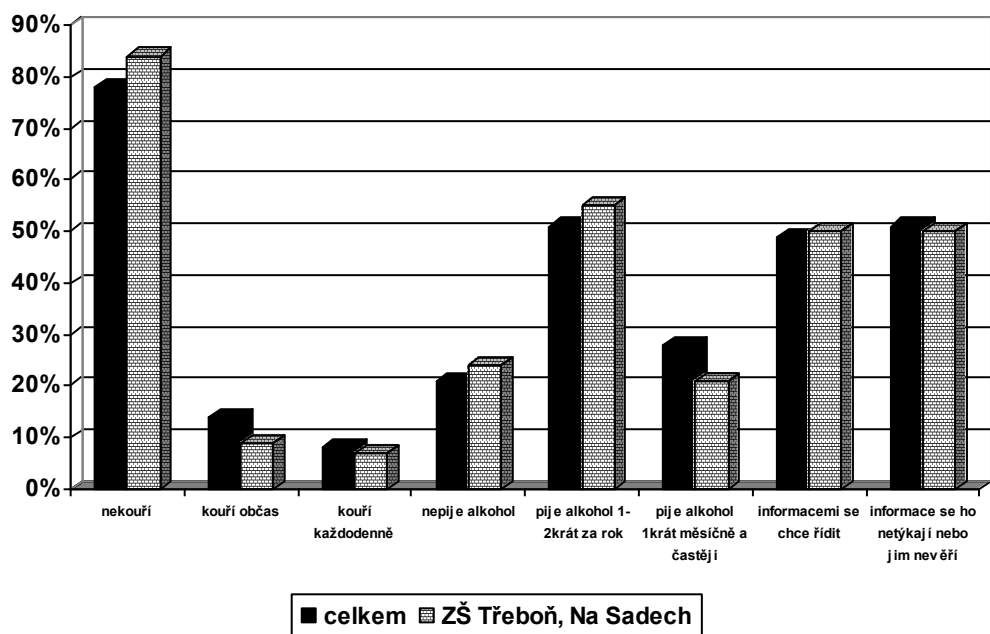
Tab.č. 36: Výsledky ZŠ Třeboň, Na Sadech podle různých typů třídění

Z celkového počtu dětí nikdy nekouřilo 48%, jen zkoušelo 36%, občas stále kouří 9% a každodenně kouří 7%. Alkohol nikdy nepilo 12% dětí, jen ochutnávalo 12% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 55% a častěji než 1 za měsíc ho pije 21% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 22% dětí. V 72% děti uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 77% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 50% se jimi chce dále řídit, 42% jim věří, ale netýkají se jich a 7% je považují za přehnané a 1% jim nevěří vůbec. Jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví skupina starších chlapců i dívek z města.

Graficky je znázorněno porovnání celkových výsledků školy s výsledky jednotlivých skupin dětí a výsledků školy s celkovými výsledky výzkumu.



Graf č. 6: Výsledky ZŠ Třeboň, Na Sadech podle různých typů třídění



Graf č. 7: Výsledky ZŠ Třeboň, Na Sadech v porovnání s celkovými

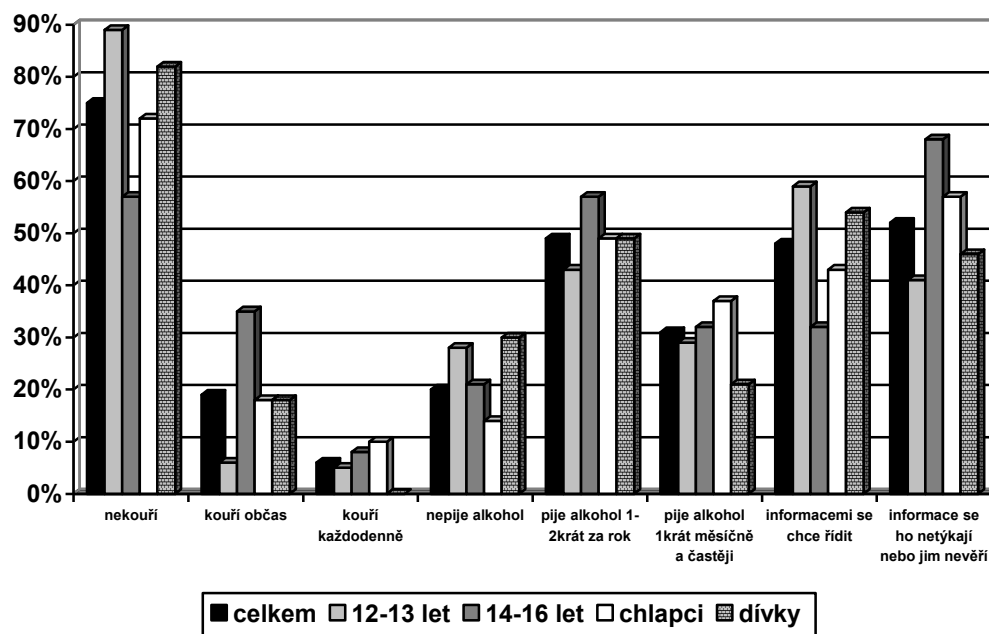
ZŠ Suchdol nad Lužnicí

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 86</i>	<i>mladší n = 49</i>	<i>starší n = 37</i>	<i>chlapci n = 49</i>	<i>dívky n = 37</i>
Nikdy nekouřilo	51%	65%	32%	39%	68%
Cig. jen zkusilo	24%	24%	25%	33%	14%
Kouří občas	19%	6%	35%	18%	18%
Kouří denně	6%	5%	8%	10%	0%
Alkohol nepilo	10%	16%	3%	6%	16%
Alk. jen zkusilo	10%	12%	18%	8%	14%
Alk. 1-2 ročně	49%	43%	57%	49%	49%
Alk. 1 m. a čast.	31%	29%	32%	37%	21%
Inf. dostatečné	78%	76%	81%	82%	74%
Více inf. uvítá	22%	24%	19%	18%	26%
Chce se inf. řídit	48%	59%	32%	43%	54%
Inf. se netýkají	31%	24%	41%	29%	35%
Inf. přehnané	16%	12%	22%	20%	11%
Inf. nevěří	5%	5%	5%	8%	0%

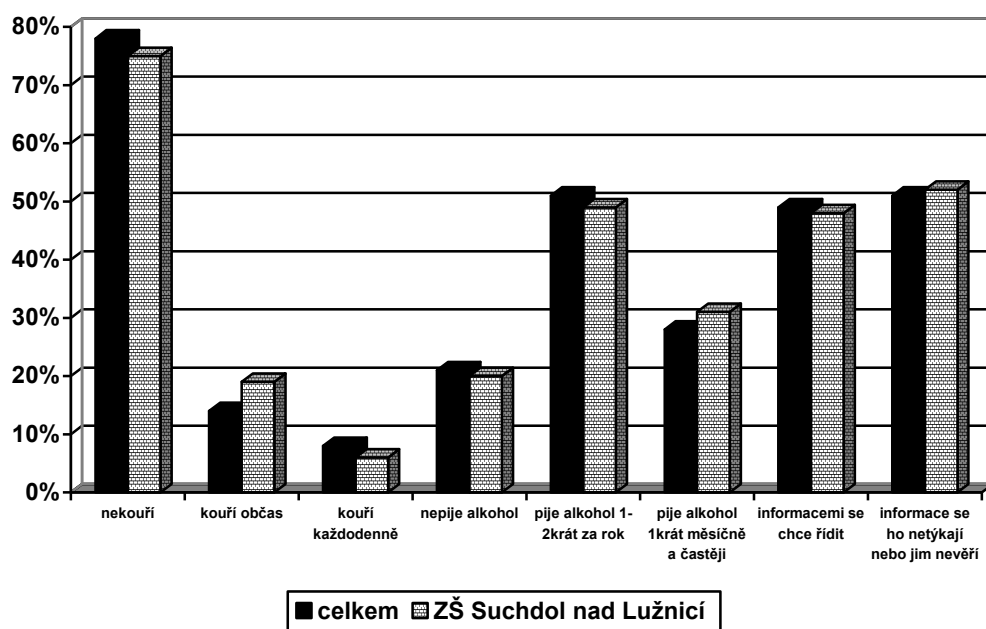
Tab.č. 37: Výsledky ZŠ Suchdol nad Lužnicí podle různých typů třídění

Ze všech dětí celkem nikdy nekouřilo 51%, jen zkoušelo 24%, občas stále kouří 19% a každodenně kouří 6%. Alkohol nikdy nepilo 10% dětí, jen ochutnávalo 10% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 49% a častěji než 1 za měsíc ho pije 31% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 14% dětí. V 70% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 78% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 48% se jimi chce dále řídit, 31% jim věří, ale netýkají se jich, 16% je považuje za přehnané a 5% dětí jim nevěří vůbec. Jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví starší i mladší chlapci z města.

Graficky je znázorněno porovnání celkových výsledků školy s výsledky jednotlivých skupin dětí a výsledků školy s celkovými výsledky výzkumu.



Graf č. 8: Výsledky ZŠ Suchdol nad Lužnicí podle různých typů třídění



Graf č. 9: Výsledky ZŠ Suchdol nad Lužnicí v porovnání s celkovými

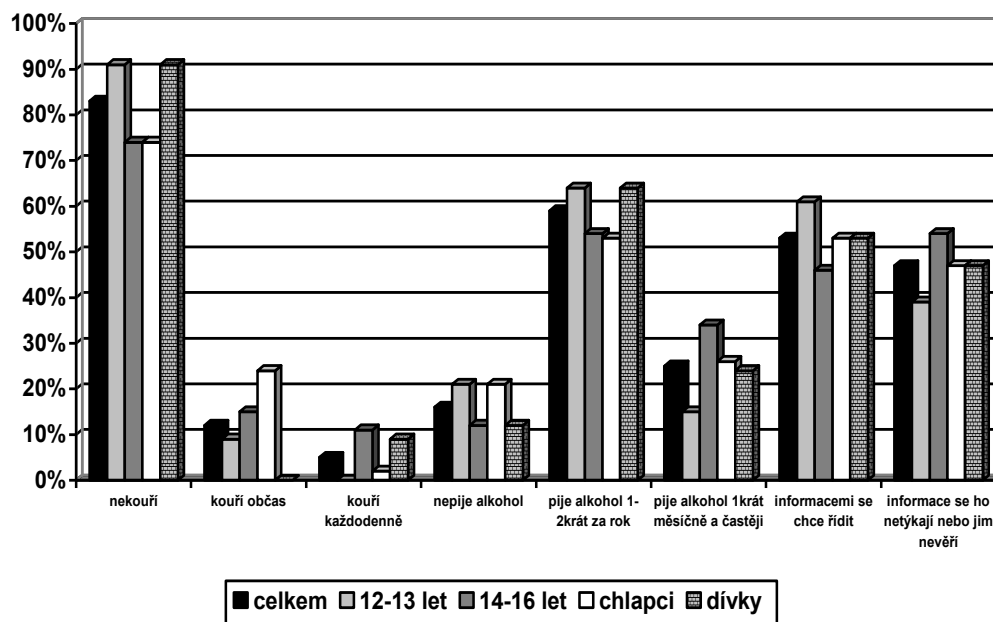
ZŠ Chlum u Třeboně

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 68</i>	<i>mladší n = 33</i>	<i>starší n = 35</i>	<i>chlapci n = 34</i>	<i>dívky n = 34</i>
Nikdy nekouřilo	49%	61%	37%	56%	41%
Cig. jen zkusilo	34%	30%	37%	18%	50%
Kouří občas	12%	9%	15%	24%	0%
Kouří denně	5%	0%	11%	2%	9%
Alkohol nepilo	3%	3%	3%	6%	0%
Alk. jen zkusilo	13%	18%	9%	15%	12%
Alk. 1-2 ročně	59%	64%	54%	53%	64%
Alk. 1 m. a čast.	25%	15%	34%	26%	24%
Inf. dostatečné	46%	46%	46%	53%	38%
Více inf. uvítá	54%	54%	54%	47%	62%
Chce se inf. řídit	53%	61%	46%	53%	53%
Inf. se netýkají	38%	33%	43%	35%	41%
Inf. přehnané	9%	6%	11%	12%	6%
Inf. nevěří	0%	0%	0%	0%	0%

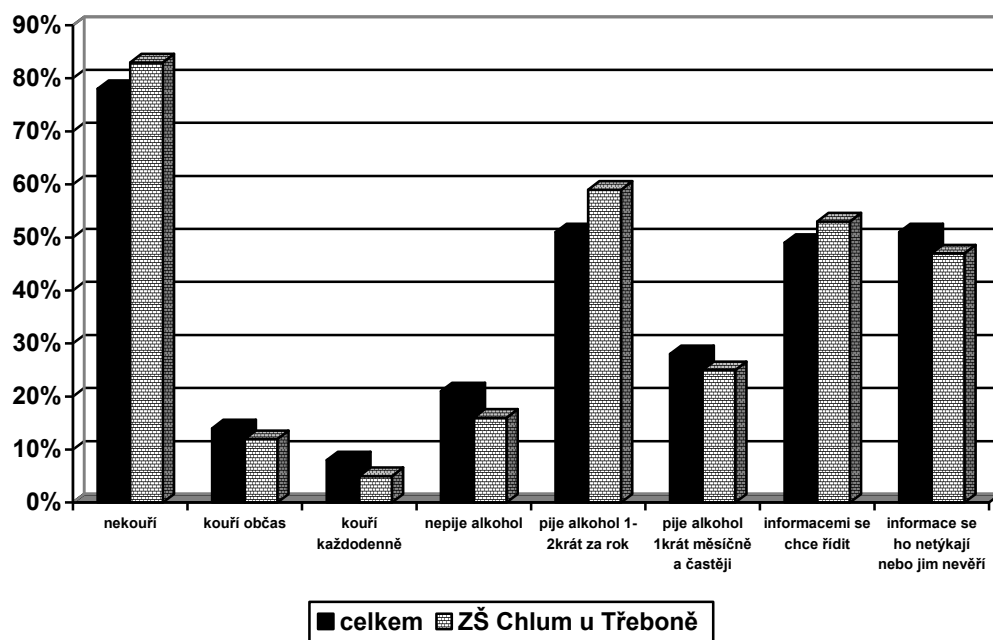
Tab.č. 38: Výsledky ZŠ Chlum u Třeboně podle různých typů třídění

Ze všech dětí nikdy nekouřilo 49%, jen zkoušelo 34%, občas stále kouří 12% a každodenně kouří 5%. Alkohol nikdy nepila 3% dětí, jen ochutnávalo 13% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 59% a častěji než 1 za měsíc ho pije 25% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 8% dětí. 78% děti uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 54% dětí jsou takto získané informace nedostatečné a chtějí se dozvídat více, 53% se získanými informacemi chce dále řídit, 38% jim věří, ale netýkají se jich a 9% je považují za přehnané. Jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví skupina starších chlapců z města.

Graficky je znázorněno porovnání celkových výsledků školy s výsledky jednotlivých skupin dětí a výsledků školy s celkovými výsledky výzkumu.



Graf č. 10: Výsledky ZŠ Chlum u Třeboně podle různých typů třídění



Graf č. 11: Výsledky ZŠ Chlum u Třeboně v porovnání s celkovými

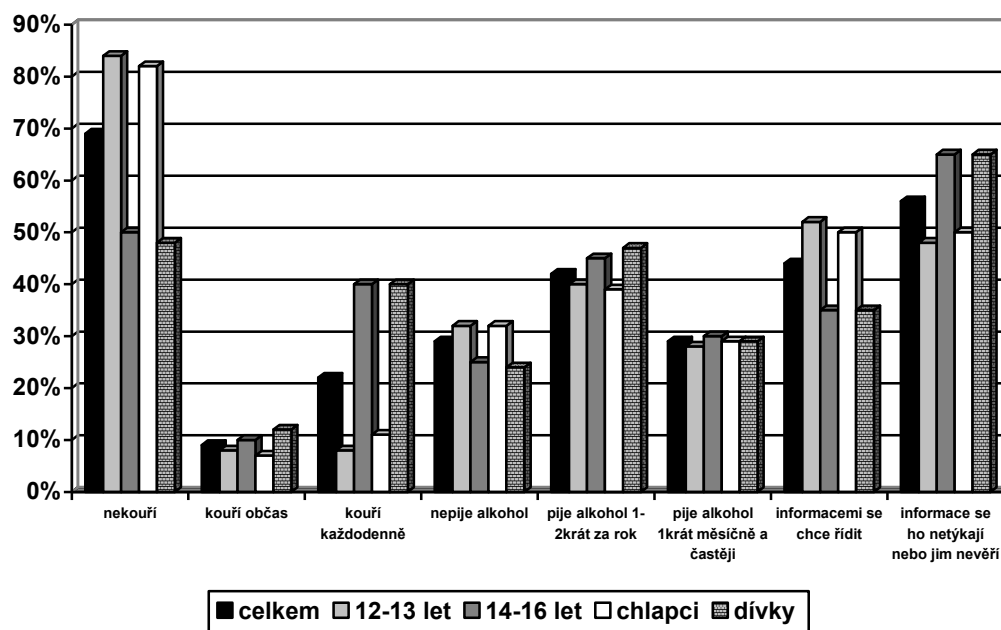
ZŠ Rapšach

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 45</i>	<i>mladší n = 25</i>	<i>starší n = 20</i>	<i>chlapci n = 28</i>	<i>dívky n = 17</i>
Nikdy nekouřilo	40%	52%	25%	50%	24%
Cig. jen zkusilo	29%	32%	25%	32%	24%
Kouří občas	9%	8%	10%	7%	12%
Kouří denně	22%	8%	40%	11%	40%
Alkohol nepilo	16%	20%	10%	21%	6%
Alk. jen zkusilo	13%	12%	15%	11%	18%
Alk. 1-2 ročně	42%	40%	45%	39%	47%
Alk. 1 m. a čast.	29%	28%	30%	29%	29%
Inf. dostatečné	62%	60%	65%	64%	59%
Více inf. uvítá	38%	40%	35%	36%	41%
Chce se inf. řídit	44%	52%	35%	50%	35%
Inf. se netýkají	38%	32%	45%	39%	35%
Inf. přehnané	13%	12%	15%	5%	30%
Inf. nevěří	5%	4%	5%	6%	0%

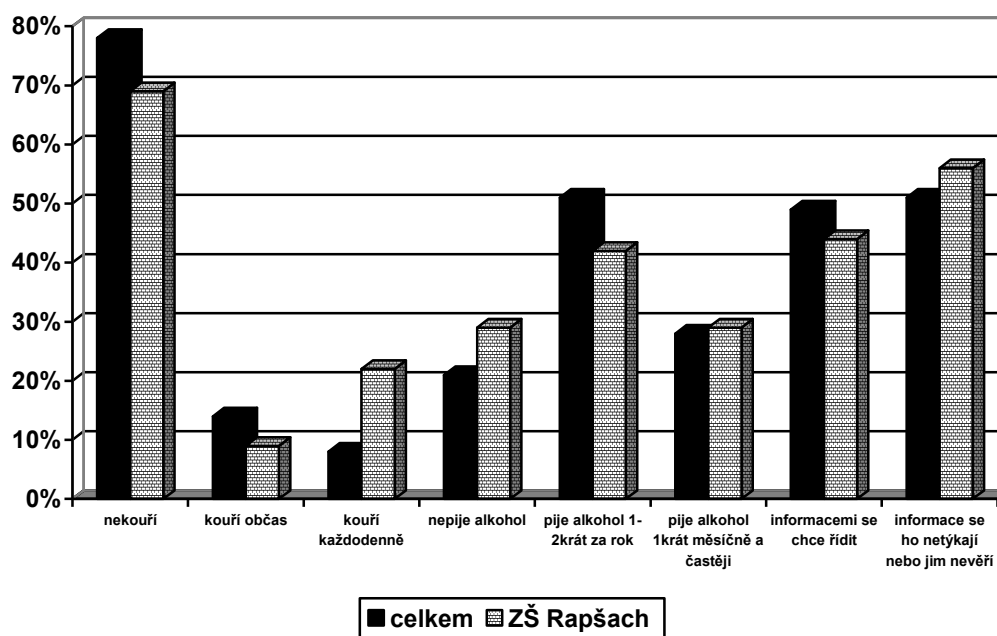
Tab.č. 39: Výsledky ZŠ Rapšach podle různých typů třídění

Ze všech dětí nikdy nekouřilo 40%, jen zkoušelo 29%, občas stále kouří 9% a každodenně kouří 22%. Alkohol nikdy nepilo 16% dětí, jen ochutnávalo 13% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 42% a častěji než 1 za měsíc ho pije 29% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 16% dětí. 67% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující vykládá jen málokdy, pro 62% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 44% se jimi chce dále řídit, 38% jim věří, ale netýkají se jich, 13% je považuje za přehnané a 5% jim vůbec nevěří. Jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle odpovědí z dotazníku jeví skupina dívek z vesnice.

Graficky je znázorněno porovnání celkových výsledků školy s výsledky jednotlivých skupin dětí a výsledků školy s celkovými výsledky výzkumu.



Graf č. 12: Výsledky ZŠ Rapšach podle různých typů třídění



Graf č. 13: Výsledky ZŠ Rapšach v porovnání s celkovými

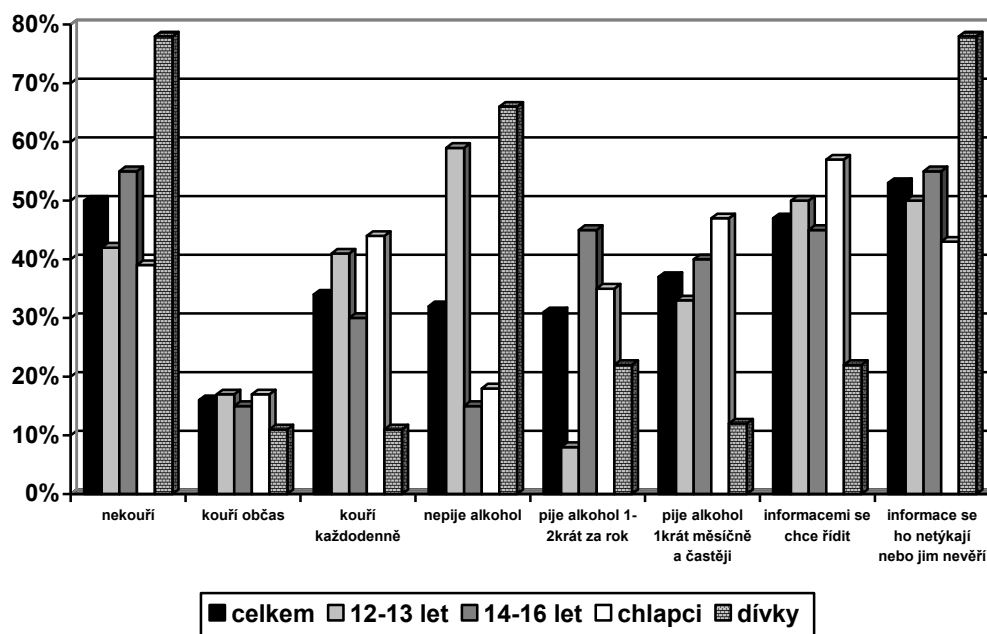
ZŠP Třeboň

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 32</i>	<i>mladší n = 12</i>	<i>starší n = 20</i>	<i>chlapci n = 23</i>	<i>dívky n = 9</i>
Nikdy nekouřilo	28%	25%	30%	22%	44%
Cig. jen zkusilo	22%	17%	25%	17%	34%
Kouří občas	16%	17%	15%	17%	11%
Kouří denně	34%	41%	30%	44%	11%
Alkohol nepilo	19%	26%	15%	9%	44%
Alk. jen zkusilo	13%	33%	0%	9%	22%
Alk. 1-2 ročně	31%	8%	45%	35%	22%
Alk. 1 m. a čast.	37%	33%	40%	47%	12%
Inf. dostatečné	38%	33%	40%	43%	56%
Více inf. uvítá	62%	67%	60%	57%	44%
Chce se inf. řídit	47%	50%	45%	57%	22%
Inf. se netýkají	44%	33%	50%	30%	78%
Inf. přehnané	9%	17%	5%	13%	0%
Inf. nevěří	0%	0%	0%	0%	0%

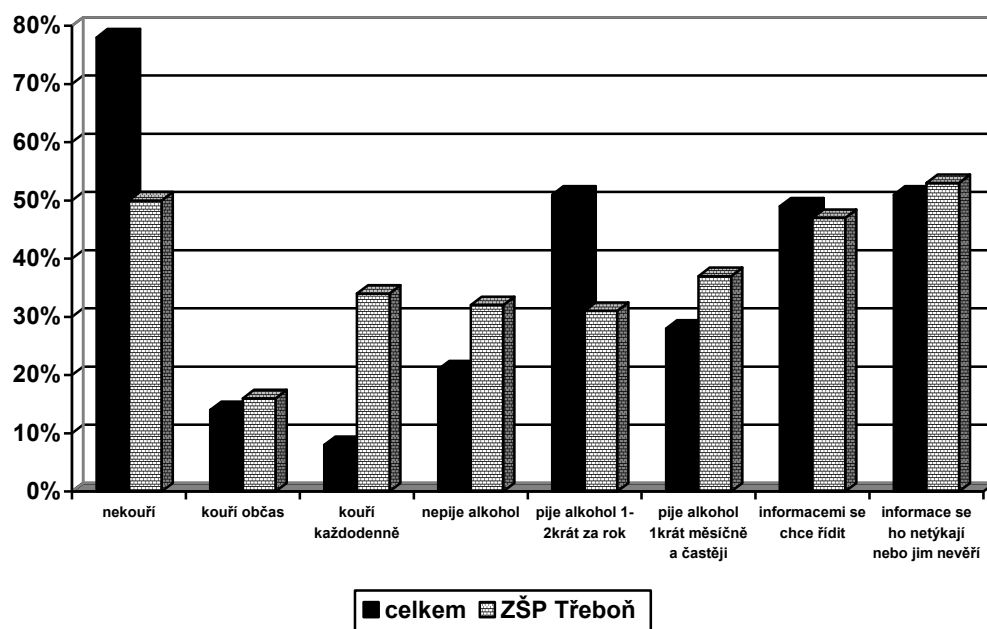
Tab.č. 40: Výsledky ZŠP Třeboň podle různých typů třídění

Ze všech dětí celkem nikdy nekouřilo 28%, jen zkoušelo 22%, občas stále kouří 16% a každodenně kouří 34%. Alkohol nikdy nepilo 19% dětí, jen ochutnávalo 13% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 31% a častěji než 1 za měsíc ho pije 37% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 13% dětí. 55% děti uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 62% dětí jsou takto získané informace nedostatečné, 47% se jimi chce dále řídit, 44% jim věří, ale netýkají se jich a 9% je považuje za přehnané. Jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle dotazníku jeví skupina starších chlapců z vesnice a mladších chlapců z města.

Graficky je znázorněno porovnání celkových výsledků školy s výsledky jednotlivých skupin dětí a výsledků školy s celkovými výsledky výzkumu.



Graf č. 14: Výsledky ZŠP Třeboň podle různých typů třídění



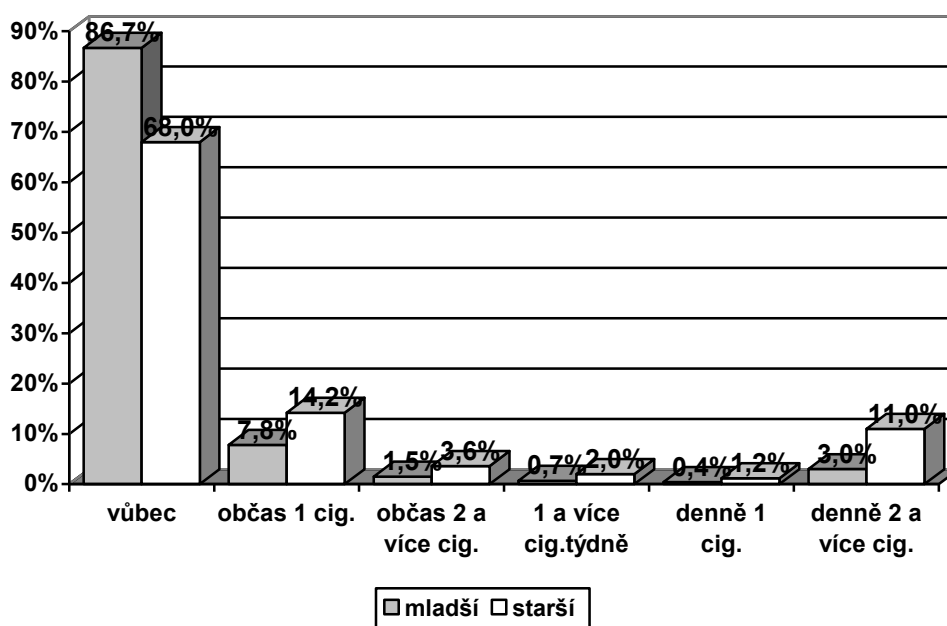
Graf č. 15: Výsledky ZŠP Třeboň v porovnání s celkovými

4.3 HYPOTÉZY A JEJICH ANALÝZA

Všechny hypotézy se vztahují ke konzumaci alkoholu a tabáku mezi dětmi a mladistvými ve věku 12 až 16 let. Jsou stanoveny z hlediska věku, pohlaví a školního prospěchu.

Hypotéza 1 - Frekvence kouření je nižší u mladších dětí ve věku 12 až 13 let než u dětí starších ve věku 14 až 16 let.

Z mladších dětí nikdy nekouřilo 57% a kouřit pouze zkoušelo bez dalšího pokračování 30% dětí. V současné době občas vykouří jednu a více cigaret 9% dětí a pravidelně každodenně kouří 4% mladších dětí. Ze starších dětí nikdy nekouřilo 34% a jenom zkoušelo bez dalšího pokračování také 34% dětí. Občas nadále kouří 18% dětí a pravidelně každodenně kouří 14% starších dětí.



Graf č. 16: Hypotéza 1

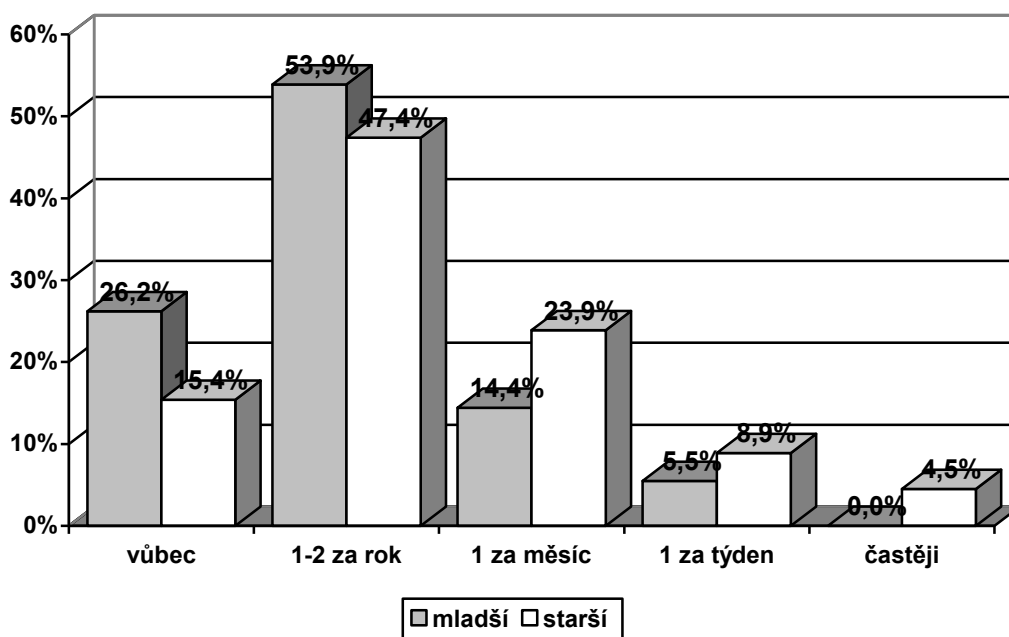
Nejvýznamnější rozdíly se objevují u následujících znaků:

- „vůbec“ $p < 0,001$ hladina významnosti 0,1%
- „občas 1 cigaretu“ $p < 0,05$ hladina významnosti 5%
- „denně 2 a více cigaret“ $p < 0,001$ hladina významnosti 0,1%

Hypotéza 1 byla prokázána.

Hypotéza 2 - Frekvence konzumace alkoholu je nižší u mladších dětí ve věku 12 až 13 let než u dětí starších ve věku 14 až 16 let.

Z mladších dětí alkohol nikdy nepilo 13% dětí a jenom ho ochutnalo bez dalšího pokračování v konzumaci 14% dětí. Jednou či dvakrát ročně při rodinných oslavách se alkoholu napije 54% dětí a jednou za měsíc nebo častěji pije alkohol 20% mladších dětí. Ze starších dětí alkohol nikdy nepilo 6% dětí a jen ho ochutnalo bez dalšího pokračování v konzumaci 10% dětí. Jednou či dvakrát ročně při rodinných oslavách alkohol pije 47% dětí a jednou za měsíc nebo častěji 37% starších dětí.



Graf č. 17: Hypotéza 2

Nejvýznamnější rozdíly jsou v následujících znacích:

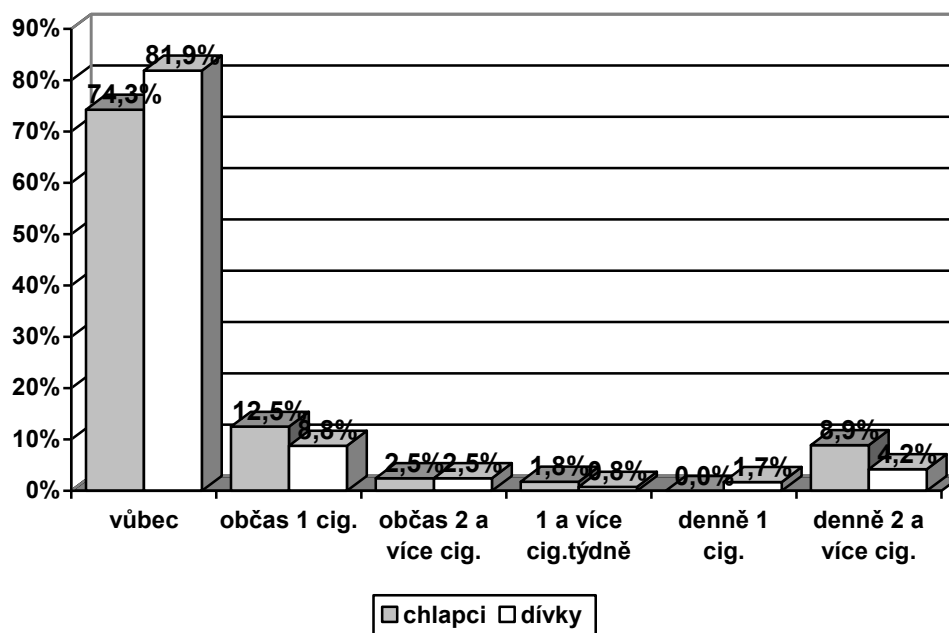
- „vůbec“ $p < 0,01$ hladina významnosti 1%
- „1 za měsíc“ $p < 0,01$ hladina významnosti 1%
- „častěji“ $p < 0,001$ hladina významnosti 0,1%

Hypotéza 2 byla prokázána.

Hypotéza 3 - Frekvence kouření je vyšší u chlapců než u dívek.

Z chlapců nikdy nekouřilo 41% a kouřit pouze zkuselo bez dalšího pokračování 33% chlapců. V současné době občas vykouří jednu a více cigaret 15% chlapců a pravidelně každodenně kouří 11% chlapců. Z dívek nikdy nekouřilo 51% a jenom zkuselo bez

dalšího pokračování 31% dívek. Občas nadále kouří 11% dívek a pravidelně každodenně kouří 7% dívek.



Graf č. 18: Hypotéza 3

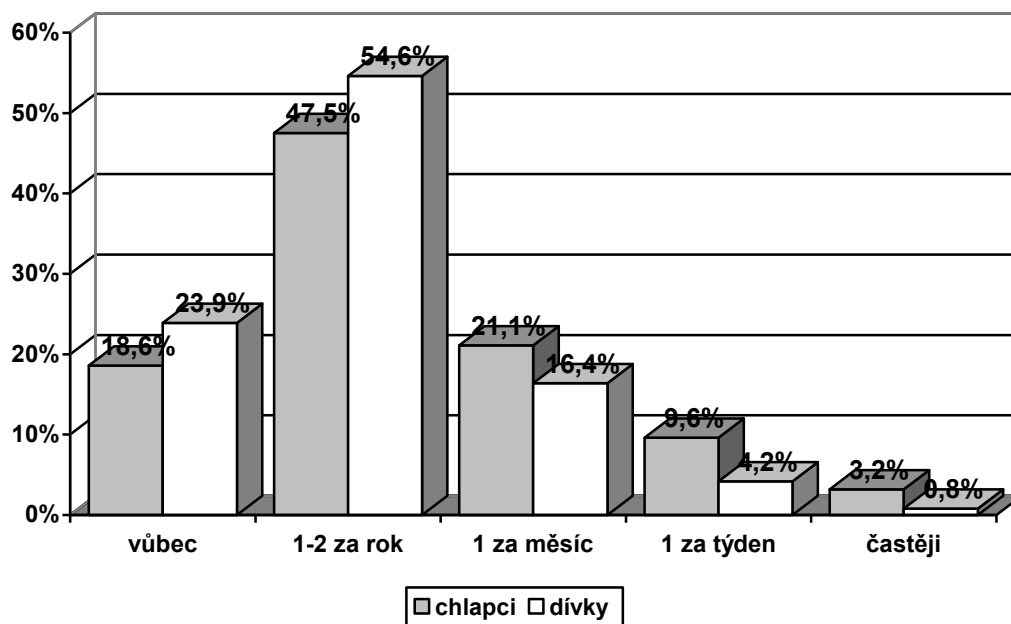
Nejvýznamnější rozdíly jsou v následujících znacích:

- „vůbec“ $p < 0,05$ hladina významnosti 5%
- „denně 1 cigaretu“ $p < 0,05$ hladina významnosti 5%
- „denně 2 a více cigaret“ $p < 0,05$ hladina významnosti 5%

Hypotéza 3 byla prokázána.

Hypotéza 4 - Frekvence konzumace alkoholu je vyšší u chlapců než u dívek.

Z chlapců alkohol nikdy nepilo 8% a jenom ho ochutnalo bez dalšího pokračování v konzumaci 10% chlapců. Jednou či dvakrát ročně při rodinných oslavách se alkoholu napije 48% chlapců a jednou za měsíc nebo častěji pije alkohol 34% chlapců. Z dívek alkohol nikdy nepilo 11% a jen ho ochutnalo bez dalšího pokračování v konzumaci 13% dívek. Jednou či dvakrát ročně při rodinných oslavách alkohol pije 55% dívek a jednou za měsíc nebo častěji 21% dívek.



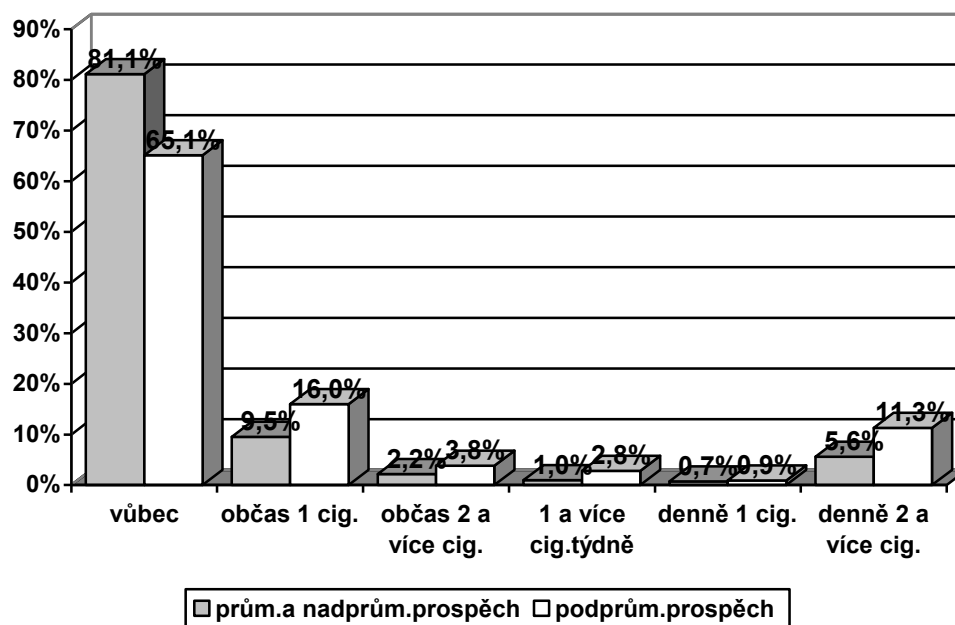
Graf č. 19: Hypotéza 4

Nejvýznamnější rozdíly jsou v následujícím znaku:

- „1 za týden“ $p < 0,05$ hladina významnosti 5%

Hypotéza 4 byla prokázána.

Hypotéza 5 - Frekvence kouření je vyšší u dětí s podprůměrným školním prospěchem než u dětí s průměrným školním prospěchem.



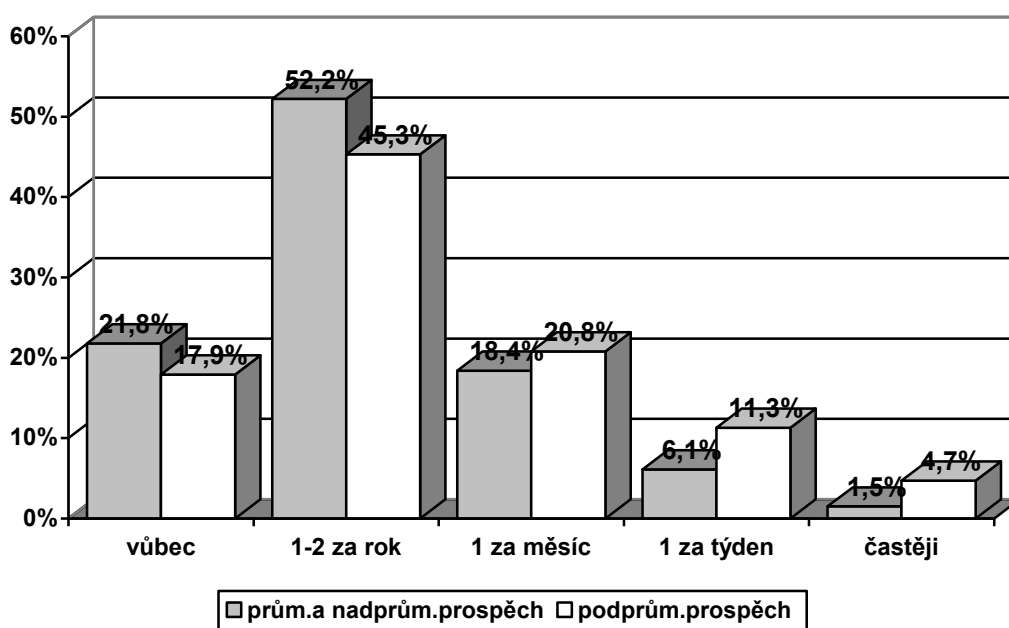
Graf č. 20: Hypotéza 5

Nejvýznamnější rozdíly jsou v následujících znacích:

- „vůbec“ $p < 0,001$ hladina významnosti 0,1%
- „denně 2 a více cigaret“ $p < 0,05$ hladina významnosti 5%

Hypotéza 5 nebyla prokázána, nejvyšší frekvence kouření (denně 2 a více cigaret) se objevila u dětí s průměrným a nadprůměrným školním prospěchem.

Hypotéza 6 - Frekvence konzumace alkoholu je vyšší u dětí s podprůměrným školním prospěchem než u dětí s prospěchem lepším.



Graf č. 21: Hypotéza 6

Významný rozdíl nebyl nalezen u žádného znaku, hodnoty jsou vyrovnané.

Hypotéza 6 nebyla prokázána.

5 DISKUSE

Zneužívání alkoholu a nikotinu se mezi dětmi a mladistvými objevuje ve značné míře a ukazuje na naprostou nezbytnost modifikace alespoň školních preventivních programů. Aby prevence alkoholismu a tabakismu mohla být přesně zacílená a přinášela očekávaný výsledek, je nutné mít povědomí o stávající míře a úrovni konzumace alkoholu a tabáku mezi jednotlivými skupinami dětí a mladistvých. Zjištění a analýza těchto údajů se stalo tématem mé diplomové práce. Pro účely výzkumu jsem oslovila šest základních škol v jihočeském regionu Třeboňsko. Naprostá většina oslovených pedagogů zadání dotazníků přijala s pocitem smysluplnosti a měla zájem o zaslání výsledků celkových (platných pro celý region) i konkrétních pro jednotlivé školy.

Výzkumu se zúčastnilo 518 dětí, které byly rozděleny do několika skupin - mladší (12 až 13 let), starší (14 až 16 let), chlapce, dívky, děti z města a z vesnice. Více než polovina z celkového počtu dětí zkoušela kouřit, 14% z nich v kouření pokračuje příležitostně a 8% dětí každodenně. Alkohol ochutnaly téměř všechny děti, polovina pije alkohol 1-2krát za rok při rodinných oslavách a nejméně jednou za měsíc pije alkohol 28% z nich. Nejčastější druhem konzumovaného alkoholu je pivo, ale 16% dětí pije i destiláty. Většina dětí uvádí, že problematiku škodlivosti užívání drog jim vyučující nejen vykládá, ale také s nimi na toto téma diskutuje. Takto získané informace jsou pro 70% dětí dostatečné, ale 30% dětí by se rádo dozvíдалo více i od odborníků a lidí s vlastní zkušeností se závislostí. Získanými informacemi se chce řídit 49% dětí. 39% dětí těmito informacím věří, ale mají pocit, že se jich netýkají. Pro 12% dětí jsou získané informace přehnané nebo nedůvěryhodné. Celkové výsledky platí s nepatrnými rozdíly pro všechny výše uvedené skupiny. Výraznější rozdíl se objevuje pouze u mladších dětí, kde více z nich nikdy nezkoušelo kouřit a chce se řídit získanými informacemi o škodlivosti užívání návykových látek. Jako nerizikovější a nejvíce ohrožená se jeví celá skupina starších chlapců.

V úvahu jsem dále brala i společný výskyt nebo vysoká frekvence konzumace alkoholu i tabáku, která se nejvíce objevuje u starších dětí z města. Více než polovina těchto dětí má podprůměrný školní prospěch.

Protože jsem podobný výzkum prováděla v rámci své bakalářské práce v roce 2006 na ZŠ Suchdol nad Lužnicí, ZŠ Rapšach a ZŠP Třeboň, je jisté na místě srovnání výsledků tehdejšího a současného výzkumu ve skupině dětí 13 až 16 let z těchto škol.

Výzkum 2006:

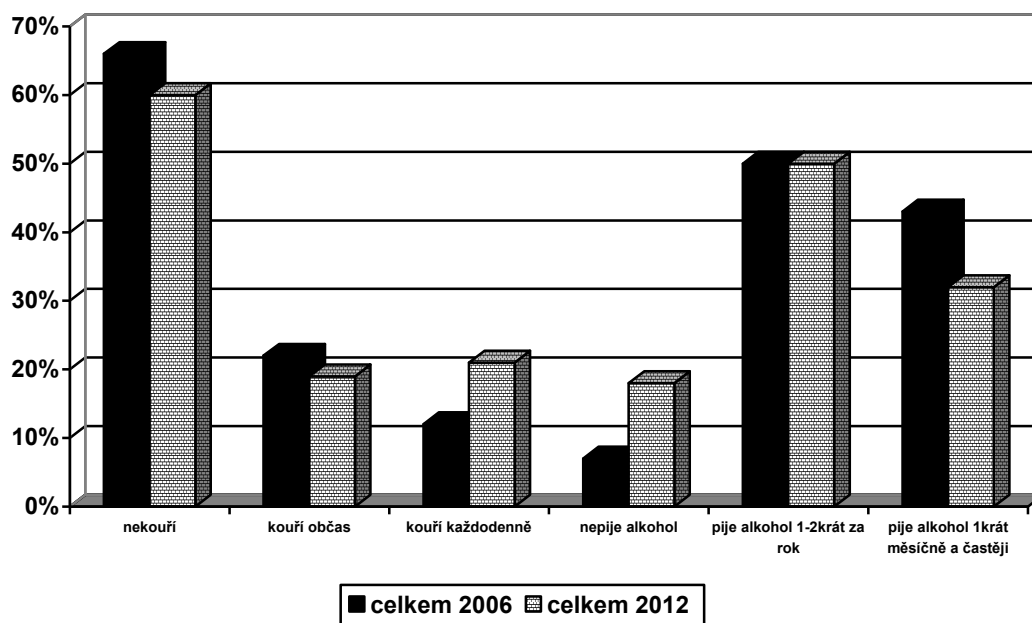
<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 139</i>	<i>chlapci n = 63</i>	<i>dívky n = 76</i>	<i>z města n = 86</i>	<i>z vesnice n = 53</i>
Nikdy nekouřilo	33%	27%	36%	38%	23%
Cig. jen zkusilo	33%	50%	23%	30%	43%
Kouří občas	22%	13%	29%	23%	19%
Kouří denně	12%	10%	12%	9%	15%
Alkohol nepilo	4%	3%	5%	1%	9%
Alk. jen zkusilo	3%	2%	4%	1%	9%
Alk. 1-2 ročně	50%	48%	52%	57%	40%
Alk. 1 m. a čast.	43%	47%	39%	41%	45%

Tab.č. 41: Výsledky výzkumu 2006

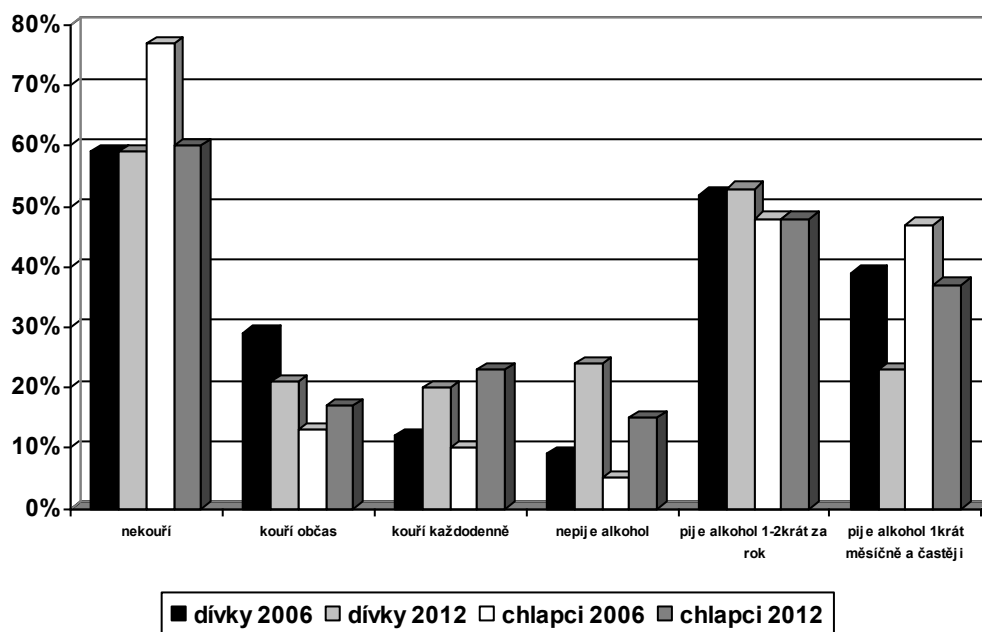
Výzkum 2012:

<i>Odpovědi</i>	<i>celkem n = 122</i>	<i>chlapci n = 74</i>	<i>dívky n = 48</i>	<i>z města n = 75</i>	<i>z vesnice n = 47</i>
Nikdy nekouřilo	36%	33%	40%	39%	32%
Cig. jen zkusilo	24%	27%	19%	24%	23%
Kouří občas	19%	17%	21%	23%	13%
Kouří denně	21%	23%	20%	14%	32%
Alkohol nepilo	9%	8%	11%	7%	13%
Alk. jen zkusilo	9%	7%	13%	13%	2%
Alk. 1-2 ročně	50%	48%	53%	47%	55%
Alk. 1 m. a čast.	32%	37%	23%	33%	30%

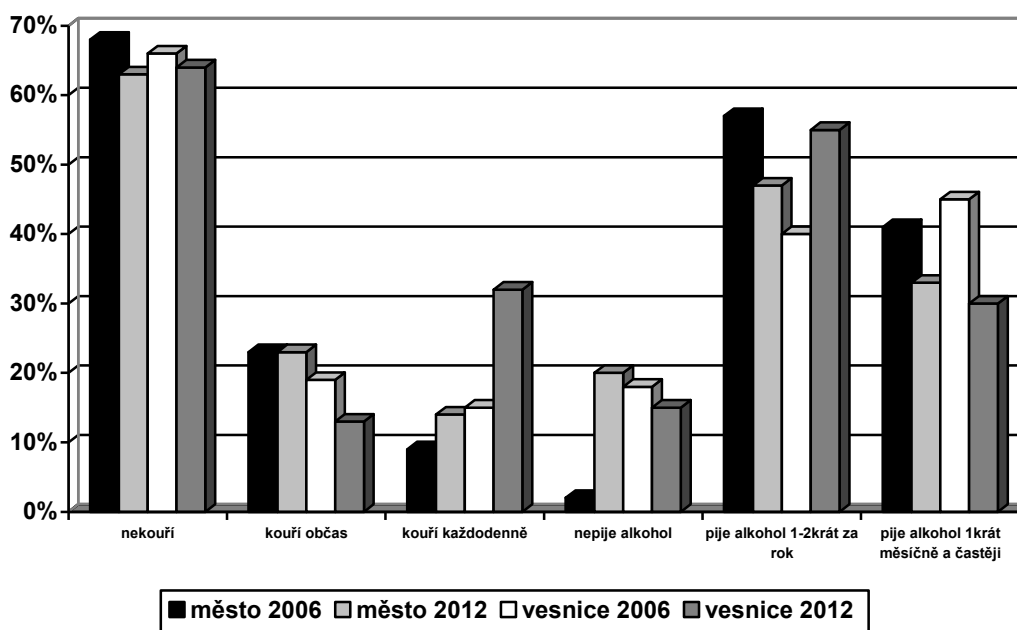
Tab.č. 42: Výsledky výzkumu 2012



Graf č. 22: Porovnání celkových výsledků výzkumu 2006 a 2012



Graf č. 23: Porovnání výzkumu 2006 a 2012 podle pohlaví



Graf č. 24: Porovnání výzkumu 2006 a 2012 podle místa bydliště

Z uvedeného grafického znázornění vyplývá, že pozitivní posun (10% a více) nastal u pití alkoholu 1krát za měsíc a častěji u všech skupin dětí. Negativní posun naopak u dětí, které pokračují v pravidelném každodenním kouření. Nejvýraznější zvýšení je patrné u skupiny dětí z vesnice. U této skupiny se také zvýšilo pití alkoholu 1-2krát za rok.

Podle mého názoru je z uvedených výsledků patrné, že uplatňované školní preventivní programy mají jistě své opodstatnění, ale pro zvýšení jejich efektivity je nutné zaměřit se nejen na všeobecnou prevenci zaměřenou na všechny skupiny dětí, ale pro konkrétní skupiny dětí je potřeba stávající preventivní programy modifikovat. V návaznosti na vyjádření dětí samotných by byla jistě přínosem i návštěva odborníků v problematice zneužívání návykových látek a beseda s nimi. Významná část dětí by uvítala i možnost setkání s lidmi, kteří překonali vlastní drogovou závislost. Tato možnost se jeví jako nejvíce smysluplná a přijatelná pro celou skupinu starších dětí, u které je riziko vzniku návykového chování i samotné závislosti nejvyšší.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce byl výzkum míry a úrovně konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let, které jsou žáky druhého stupně základní školy. V teoretické části byly podrobně popsány poruchy chování a emocí, které jsou velmi často podkladem pro rozvoj návykového chování u dětí a mladistvých.

V empirické části byl charakterizován zkoumaný soubor (celkem 518 dětí ve věku 12 až 16 let, kteří jsou žáky druhého stupně základních škol jihočeského regionu Třeboňsko), metoda a technika výzkumného šetření. Odpovědi v dotazníku byly podrobně analyzovány a výsledky výzkumného šetření byly roztříděny a popsány z různých hledisek (celkové, podle věku, podle pohlaví, podle místa bydliště a podle školy). Součástí diplomové práce bylo i porovnání výsledků současného výzkumu s výzkumem podobným z roku 2006, který byl proveden na třech ze současných šesti základních škol. Ze šesti stanovených hypotéz byly čtyři prokázány. Všechny hypotézy se týkaly konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi a mladistvými ve věku 12 až 16 let. Z hlediska věku bylo prokázáno, že frekvence této konzumace je vyšší u starších dětí. Z hlediska pohlaví platí, že její frekvence je vyšší u chlapců. Spojení zvýšené frekvence kouření a podprůměrného školního prospěchu nebylo prokázáno (naopak nejvyšší frekvence kouření se objevila u dětí s průměrným a nadprůměrným prospěchem). Spojení podprůměrného prospěchu s vyšší frekvencí konzumace alkoholu také nebylo prokázáno.

V příloze je uveden vzor použitého dotazníku a grafy, které ukazují a porovnávají výsledky platné pro celý zkoumaný soubor a pro jednotlivé školy. Již při zadávání dotazníků měly oslovené základní školy zájem o zpřístupnění výsledků tohoto výzkumu, proto byly do přílohy zařazeny i výstupy pro jednotlivé školy, které jim byly zaslány.

Výsledky výzkumu je možné použít při modifikaci školních programů prevence. Prokazatelně se zviditelnily skupiny dětí výrazně rizikových i těch, které se už s jistou závislostí potýkají. Těmto dětem je nutné školní preventivní programy přizpůsobit a co nejdříve jim pomoci. Jako dětmi velmi žádaný způsob se podle jejich odpovědí jeví možnost získávat více informací nejen od učitelů, ale přímo (jako součást výuky) od odborníků a lidí, kteří mají se závislostí vlastní osobní zkušenost.

SHRNUTÍ

Diplomová práce byla rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole byla popsána a definována etopedická terminologie a její změny v současnosti. Uvedena byla podrobná kvalifikace poruch chování a emocí z hlediska medicínského a speciálně pedagogického. Druhá kapitola se zabývala problematikou návykového a závislostního chování u dětí a mladistvých, podrobněji potom nejčastějšími drogovými závislostmi u dětí a mládeže jako je zneužívání alkoholu a nikotinu. Třetí kapitola byla zaměřena na možnosti prevence, jejími zásady a odlišnosti v jednotlivých věkových skupinách. Byly zde rovněž uvedeny rizikové i protektivní faktory vzniku závislostního chování. Okrajově zmiňovala i celkovou strategii podpory zdraví. Čtvrtou kapitolu tvořil empirický výzkum. Ve vlastním výzkumném šetření byly analyzovány odpovědi na jednotlivé otázky, které byly uvedeny v dotazníku. V závěru byla shrnuta celá práce a uvedeno možné uplatnění výsledků výzkumu v praxi. Příloha obsahuje vzor použitého dotazníku a grafy, které znázorňují výsledky výzkumu. Také jsou v ní uvedeny výstupy, které byly vyhotoveny přímo pro zúčastněné základní školy.

Cílem této práce bylo zjištění míry a úrovně konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi a mladistvými ve věku 12 až 16 let. Teoretická část byla zpracována pomocí analýzy odborné literatury. Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí techniky dotazníku, byl zadán žákům 6., 7., 8. a 9. ročníků v šesti základních školách v regionu Třeboňsko. Práce obsahuje také porovnání výsledků současných s výsledky výzkumu, který byl na třech z uvedených škol proveden před šesti lety.

SUMMARY

The thesis is divided into four chapters. The first chapter gives definitions and characteristics of the etopedical terminology and its changes in the present. Detailed qualification of behavioral and emotional disorders in aspects of medical and special pedagogy is given. The second chapter deals with addictive and dependency behavior in children and adolescents. In the second part of the chapter there are details on the drug addiction instances most common among children and youths, such as the abuse of alcohol and nicotine. The third chapter is focused on the possibilities of prevention, its principles and differences in individual age groups. There are also included risk and protective factors of addictive behaviors. The overall health promotion strategy is also marginally mentioned here. The fourth chapter contains the empirical research. In my own research study there are analyzed responses to individual questions which were included in a questionnaire. The entire work is summarized in the conclusion and possible applications of research results in practice are also presented here. The appendix contains a model of used questionnaire and graphs that illustrate the research results. The outcomes that were drawn directly for the participating elementary schools are listed there too.

The aim of this study was to determine the extent and level of alcohol consumption and tobacco use among children and adolescents aged 12 to 16 years. The theoretical part has been processed through the analysis of literature. The research, conducted by using techniques of quantitative questionnaire, was given to pupils of the 6th, 7th, 8th and 9th classes in six elementary schools in the Třeboňsko region. The work also includes a comparison with results of recent research that was conducted at three of these schools six years ago.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HAVLÍNOVÁ, M.(ed.) *Program podpory zdraví ve škole*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 275 s. ISBN 80-7178-263-7.
2. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Praha: Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.
3. HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-888-0.
4. KOTULÁN, J.a kol. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. Brno: MU, 2002. 258 s. ISBN 80-210-2179-9.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
6. MŮHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1.vyd., Brno: MU, 2008. 154 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
7. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
8. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 3.vyd. Praha: Sportpropag, 1995. 160 s.
9. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách: příručka pro pedagogy*. Praha: BESIP, 1994.
10. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy: svépomocná příručka*. Praha : Sportpropag, 1997.
11. PIPEKOVÁ, J.a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
12. PIPEKOVÁ, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
13. POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3.vyd. Praha: Portál, 2001. 336 s. ISBN 80-7178-570-9.
14. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením*. Praha: VÚP, 2006. ISBN 80-87000-02-1.
15. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. 435 s. ISBN 80-7038-078-0.

16. SCHMIDT, W. *Mezinárodní terminologický slovník zdravotní výchovy*. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1982.
17. STŘELEČEK, S. a kol. *Studie z teorie a metodiky výchovy II*. 1.vyd. Brno: MU, 2005. 214 s. ISBN 80-210-3687-7.
18. ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 102 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
19. TUREKOVÁ, I. *Návykové a závislostní chování žáků 7.až 9.ročníku základní školy a základní školy praktické*. Brno, 2006. 49 l., 6 l. příl. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
20. VANÍČKOVÁ, E. *Vývoj závislosti*. Praha: 3.LF UK, 2003. ISBN 80-239-1556-8.
21. VÍTKOVÁ, M.(ed.) *Integrativní speciální pedagogika*. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
22. VOCILKA, M. *Vybrané statě z etopedie*. Most: RSVV, 1994.
23. VOJTOVÁ, V. *Kapitoly z etopedie I.: Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 1.vyd. Brno: MU, 2004. 94 s. ISBN 80-210-3532-3.
24. VOJTOVÁ, V. *Úvod do etopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2008. 127 s. ISBN 978-80-7315-166-9.
25. VOJTOVÁ, V. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. 1.vyd. Brno: MU, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.
26. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc: UP, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
27. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.
28. FROUZOVÁ, M. *Poradenství* [on-line]. Cit. dne 5.10.2008. Dostupné z WWW: <http://www.poradenskecentrum.cz/prevence.htm> .
29. BLAŽKOVÁ, M. *Prevence* [on-line]. Cit. dne 5.10.2008. Dostupné z WWW: <http://www.poradenskecentrum.cz/mpp.html> .
30. DEAN, A.G. et al. *The Epi Info manual: version 6.02. A word processing, database and statistics system for public health on IBM-compatible microcomputers*. 1st Ed. London: Brixton Books, 1994. 470 p. ISBN 9781873937211

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1 Vzor dotazníku

PŘÍLOHA 2 Grafy konzumace alkoholu, tabáku a informovanosti dětí –
porovnání výsledků celého zkoumaného souboru s celkovými
výsledky jednotlivých škol

PŘÍLOHA 3 Výstupy pro jednotlivé školy

PŘÍLOHA 1 - Vzor dotazníku

Dobrý den,

jsem zajímavý, nenáročný, krátký a hlavně úplně anonymní DOTAZNÍK. Nepatřím do Tvé školní práce, ale budu součástí jednoho výzkumu, který se může uskutečnit i díky tomu, že mi věnuješ 10 minut svého času.

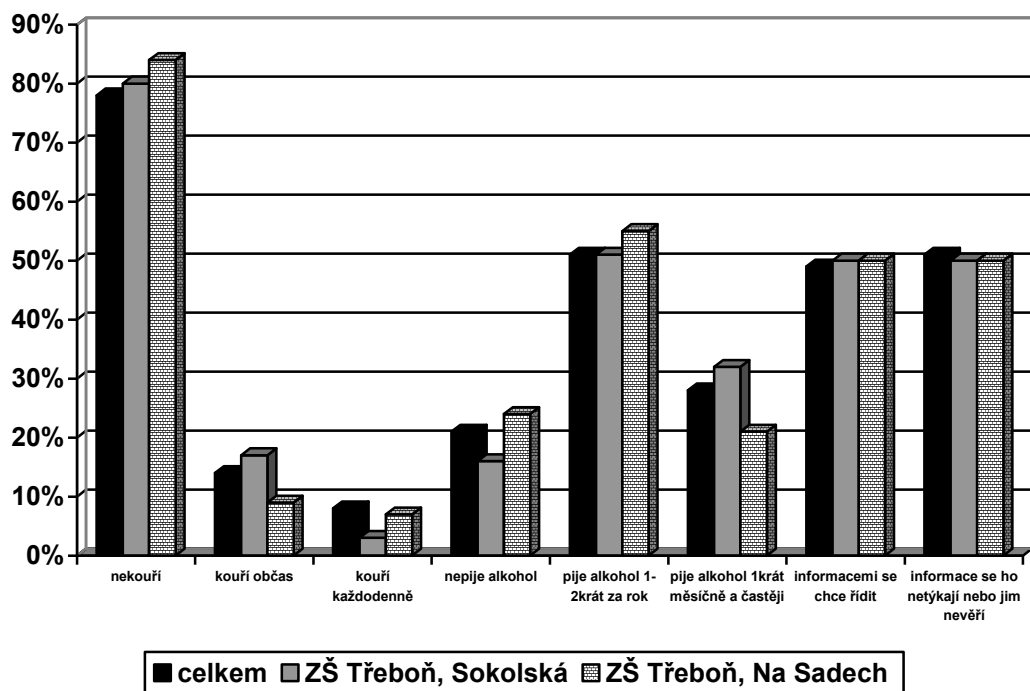
Prosím, pečlivě si přečti zadání a zakroužkuj pravdivou odpověď. Nezapomeň otočit i na druhou stranu.

Vážím si Tvé spolupráce a děkuji.

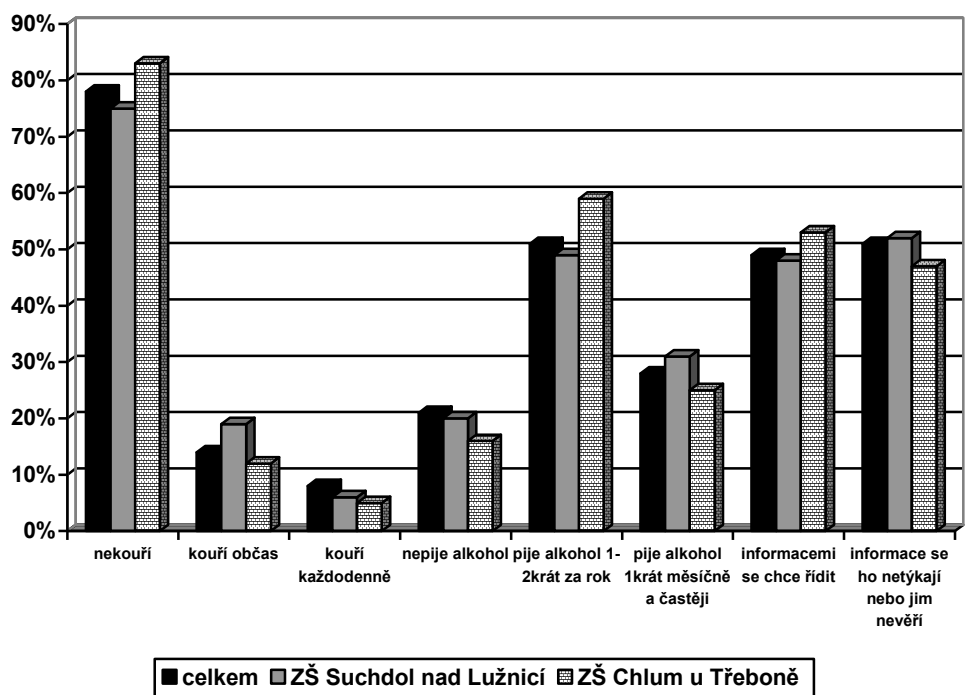
1. Je mi ... let
2. Jsem:
 - a. chlapec
 - b. dívka
3. Bydlím
 - a. ve městě
 - b. na vesnici
4. Ve škole dostávám nejčastěji známky
 - a. 1 a 2
 - b. 2 a 3
 - c. 3
 - d. 3 a 4
 - e. 4 a 5
5. Zkoušel(-a) jsi někdy kouřit cigarety?
 - a. ano
 - b. ne
6. Pokud ano, kouříš
 - a. vůbec
 - b. občas 1 cigaretu
 - c. občas 2 a více cigaret
 - d. 1 a více cigaret týdně
 - e. pravidelně 1 cigaretu denně
 - f. pravidelně 2 a více cigaret denně

7. Ochutnal(-a) jsi někdy alkohol?
- a. ano
 - b. ne
8. Pokud ano, piješ
- a. vůbec
 - b. 1 nebo 2krát za rok
 - c. 1krát za měsíc
 - d. 1krát za týden
 - e. častěji
9. Pokud ano, piješ
- a. pivo
 - b. víno
 - c. destiláty (tvrdý alkohol)
10. Při vyučování (v různých předmětech) s učitelem/učitelkou mluvíme o škodlivosti užívání alkoholu, nikotinu a dalších drog
- a. nikdy
 - b. jen málokdy
 - c. často
11. Informace o škodlivosti užívání návykových látek (alkoholu, nikotinu a dalších)
- a. vyučující jen vykládá
 - b. vyučující vykládá a diskutuje s námi o nich
 - c. vyučující vykládá, diskutujeme o nich a do výuky jsou někdy přizváni i odborníci nebo lidé, kteří mají se závislostí osobní zkušenost
- Podtrhni, prosím, tu možnost, která je (nebo by mohla být) pro Tebe nejzajímavější.
12. Informace o škodlivosti užívání návykových látek, které ve škole získávám
- a. jsou pro mne dostatečné
 - b. rád(-a) bych se dozvíдалa více od učitele
 - c. rád(-a) bych se dozvíдалa více nejen od učitele, ale i od odborníků a lidí, kteří mají se závislostí osobní zkušenost
13. Všechny získané informace o škodlivosti návykových látek
- a. jsou pro mne zajímavé a poučné, chci se podle nich řídit
 - b. jsou sice poučné a věřím jim, ale mne se netýkají
 - c. jsou přehnané a věřím jen části z nich
 - d. nevěřím, že by užívání návykových látek škodilo mému zdraví

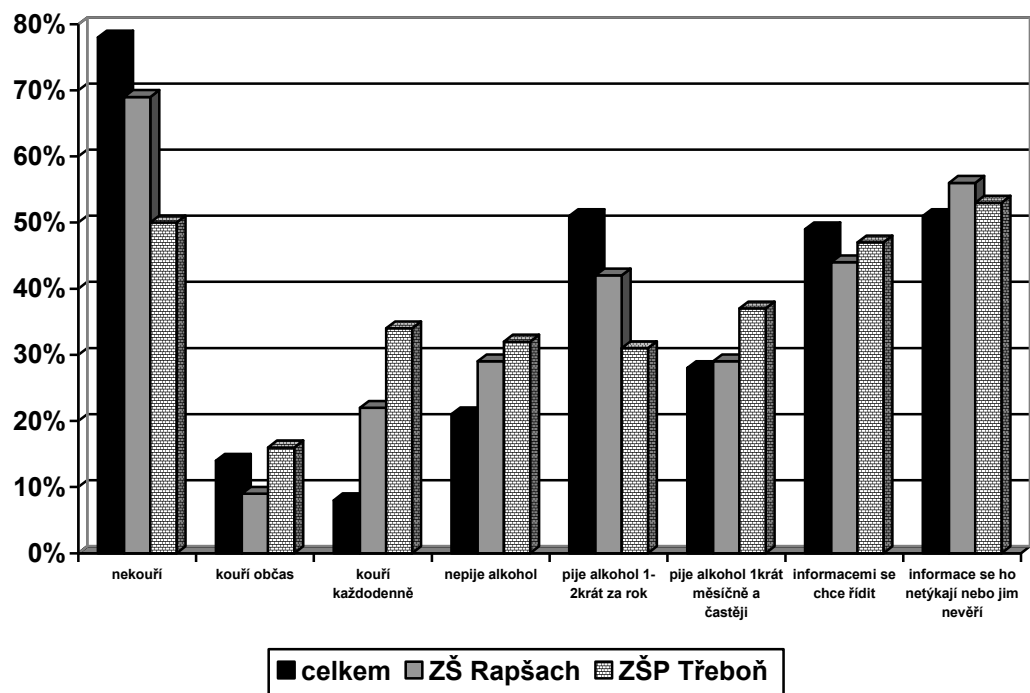
PŘÍLOHA 2 - Grafy konzumace alkoholu, tabáku a informovanosti dětí – porovnání celkových výsledků jednotlivých škol



Graf č. 25: Porovnání výsledků celkových a jednotlivých škol



Graf č. 26: Porovnání výsledků celkových a jednotlivých škol



Graf č. 27: Porovnání výsledků celkových a jednotlivých škol

PŘÍLOHA 3 – Výstupy pro jednotlivé školy

Výstup z výzkumu č. 1:

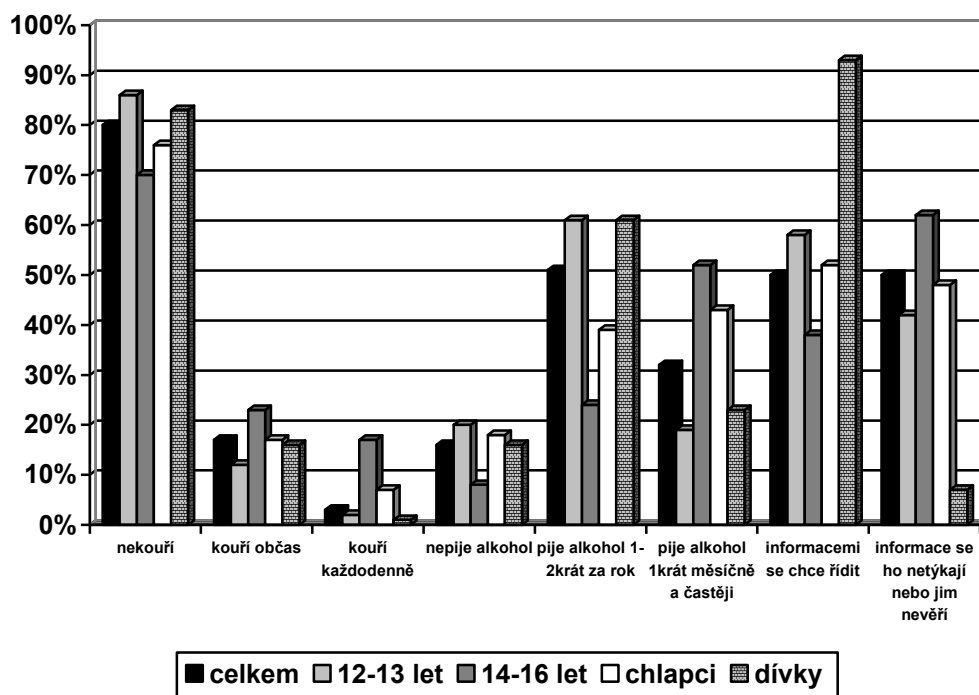
Výsledky výzkumu konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let z roku 2012 platné pro **ZŠ Třeboň, Sokolská**:

- dotazník vyplnilo celkem 151 dětí, mladších dětí ve věku 12 až 13 let bylo 60% a starších ve věku 14 až 16 let 40%, chlapců 46% a dívek 54% z celkového počtu,
- z celkového počtu dětí nikdy nekouřilo 45%, jen zkoušelo 35%, občas stále kouří 17% a každodenně kouří 3% - alkohol nikdy nepilo 5% dětí, jen ochutnávalo 11% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 51% a častěji než 1 za měsíc ho pije 32% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 16% dětí – ze 74% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 79% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 50% se jimi chce dále řídit, 41% jim věří, ale netýkají se jich a 9% dětí je považuje za přehnané.
- z mladších dětí nikdy nekouřilo 54%, jen zkoušelo 32%, občas stále kouří 12% a každodenně kouří 2% - alkohol nikdy nepilo 8% dětí, jen ochutnávalo 12% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 61% a častěji než 1 za měsíc ho pije 19% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 17% dětí – z 85% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 76% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 58% se jimi chce dále řídit, 39% jim věří, ale netýkají se jich a 3% dětí je považují za přehnané.
- ze starších dětí nikdy nekouřilo 31%, jen zkoušelo 39%, občas stále kouří 23% a každodenně kouří 17% - alkohol nikdy nepilo 1% dětí, jen ochutnávalo 7% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 24% a častěji než 1 za měsíc ho pije 52% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 15% dětí – z 58% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 85% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 38% se jimi chce dále řídit, 44% jim věří, ale netýkají se jich a 18% dětí je považuje za přehnané.
- z chlapců nikdy nekouřilo 33%, jen zkoušelo 43%, občas stále kouří 17% a každodenně kouří 7% - alkohol nikdy nepilo 6% chlapců, jen ochutnávalo 12%

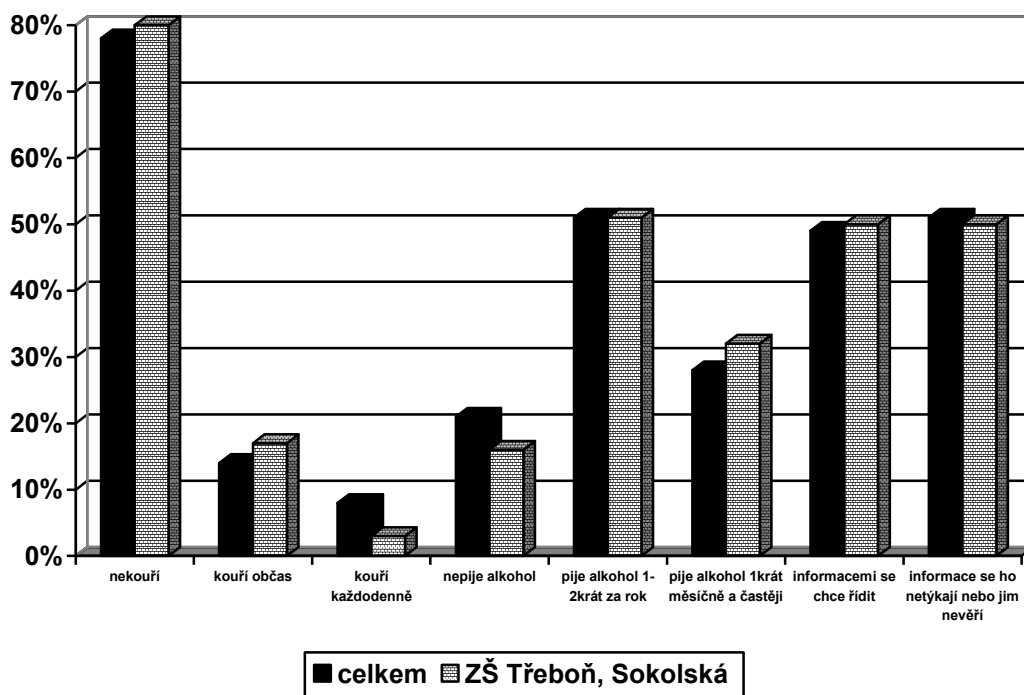
chlapců, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 39% a častěji než 1 za měsíc ho pije 43% chlapců, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 19% chlapců – z 69% chlapci uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 81% chlapců jsou takto získané informace dostatečné a 52% se jimi chce dále řídit, 36% jim věří, ale netýkají se jich a 12% chlapců je považuje za přehnané.

- z dívek nikdy nekouřilo 55%, jen zkoušelo 28%, občas stále kouří 16% a každodenně kouří 1% - alkohol nikdy nepilo 5% dívek, jen ochutnávalo 11% dívek, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 61% a častěji než 1 za měsíc ho pije 23% dívek, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 13% dívek – z 78% dívky uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 78% dívek jsou takto získané informace dostatečné a 48% se jimi chce dále řídit, 45% jim věří, ale netýkají se jich a 7% je považuje za přehnané,
- jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví celá skupina chlapců z vesnice a starší chlapci z města.

Porovnání celkových výsledků školy a výsledků jednotlivých skupin dětí:



Porovnání školy s celkovými výsledky (celkem se výzkumu zúčastnilo 518 dětí na šesti základních školách v regionu Třeboňsko):



Výstup z výzkumu č. 2:

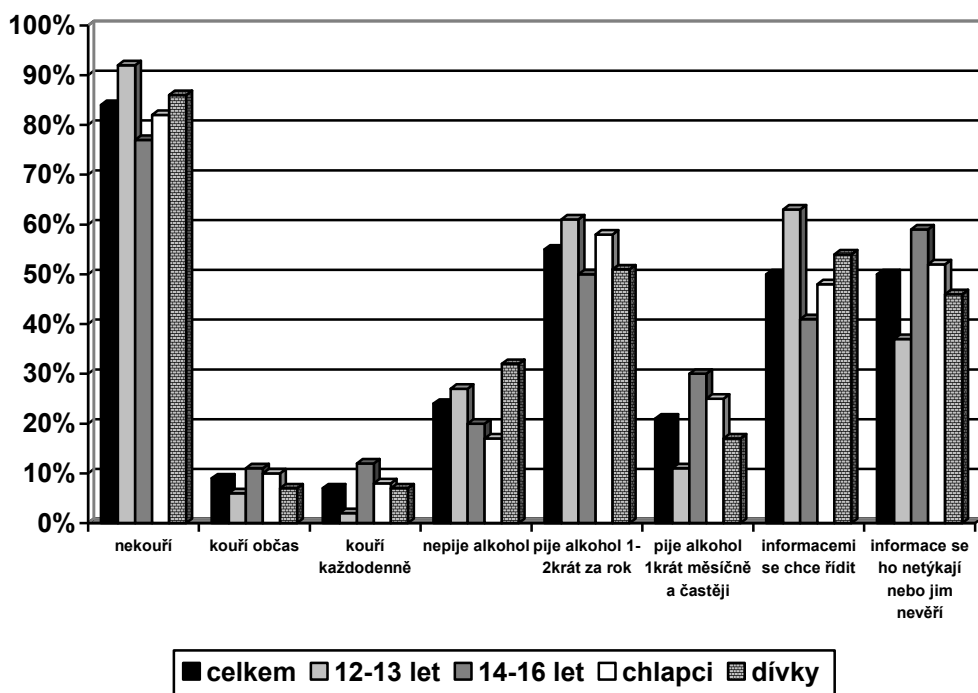
Výsledky výzkumu konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let z roku 2012 platné pro **ZŠ Třeboň, Na Sadech**:

- dotazník vyplnilo celkem 136 dětí, z toho 46% mladších a 54% starších dětí, 57% chlapců a 43% dívek,
- z celkového počtu dětí nikdy nekouřilo 48%, jen zkoušelo 36%, občas stále kouří 9% a každodenně kouří 7% - alkohol nikdy nepilo 12% dětí, jen ochutnávalo 12% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 55% a častěji než 1 za měsíc ho pije 21% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 22% dětí – ze 72% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 77% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 50% se jimi chce dále řídit, 42% jim věří, ale netýkají se jich a 7% je považují za přehnané a 1% jim nevěří vůbec.
- z mladších dětí nikdy nekouřilo 60%, jen zkoušelo 32%, občas stále kouří 6% a každodenně kouří 2% - alkohol nikdy nepilo 16% dětí, jen ochutnávalo 11% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 61% a častěji než 1 za měsíc ho pije 11% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 9% dětí – ze 78% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 76% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 63% se jimi chce dále řídit, 35% jim věří, ale netýkají se jich a 2% je považují za přehnané.
- ze starších dětí nikdy nekouřilo 38%, jen zkoušelo 39%, občas stále kouří 11% a každodenně kouří 12% - alkohol nikdy nepilo 8% dětí, jen ochutnávalo 12% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 50% a častěji než 1 za měsíc ho pije 30% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 18% dětí – z 67% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 78% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 41% se jimi chce dále řídit, 46% jim věří, ale netýkají se jich, 12% je považuje za přehnané 1% jim vůbec nevěří.
- z chlapců nikdy nekouřilo 46%, jen zkoušelo 36%, občas stále kouří 10% a každodenně kouří 8% - alkohol nikdy nepilo 8% chlapců, jen ochutnávalo 9% chlapců, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 58% a častěji než 1 za měsíc ho

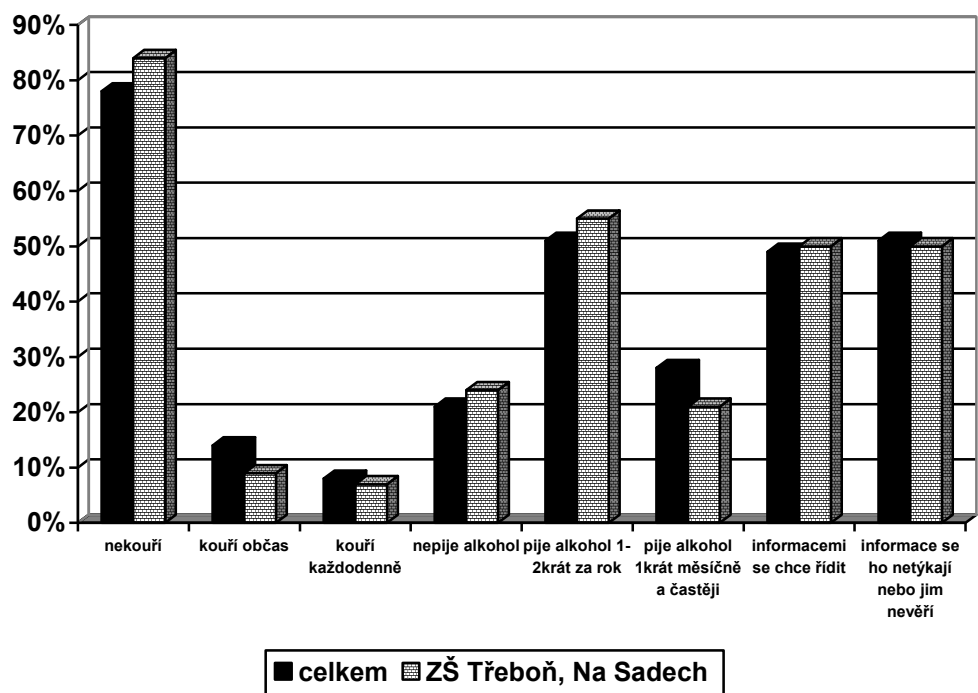
pije 25% chlapců, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 14% chlapců – z 68% chlapci uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 74% chlapců jsou takto získané informace dostatečné a 48% se jimi chce dále řídit, 43% jim věří, ale netýkají se jich, 8% je považuje za přehnané a 1% jim nevěří.

- z dívek nikdy nekouřilo 50%, jen zkoušelo 36%, občas stále kouří 7% a každodenně kouří 7% - alkohol nikdy nepilo 17% dívek, jen ochutnávalo 15% dívek, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 51% a častěji než 1 za měsíc ho pije 17% dívek, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 15% dívek – ze 77% dívky uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 81% dívek jsou takto získané informace dostatečné a 54% se jimi chce dále řídit, 40% jim věří, ale netýkají se jich a 6% je považují za přehnané,
- jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví skupina starších chlapců i dívek z města.

Porovnání celkových výsledků školy a výsledků jednotlivých skupin dětí:



Porovnání školy s celkovými výsledky (celkem se výzkumu zúčastnilo 518 dětí na šesti základních školách v regionu Třeboňsko):



Výstup z výzkumu č. 3:

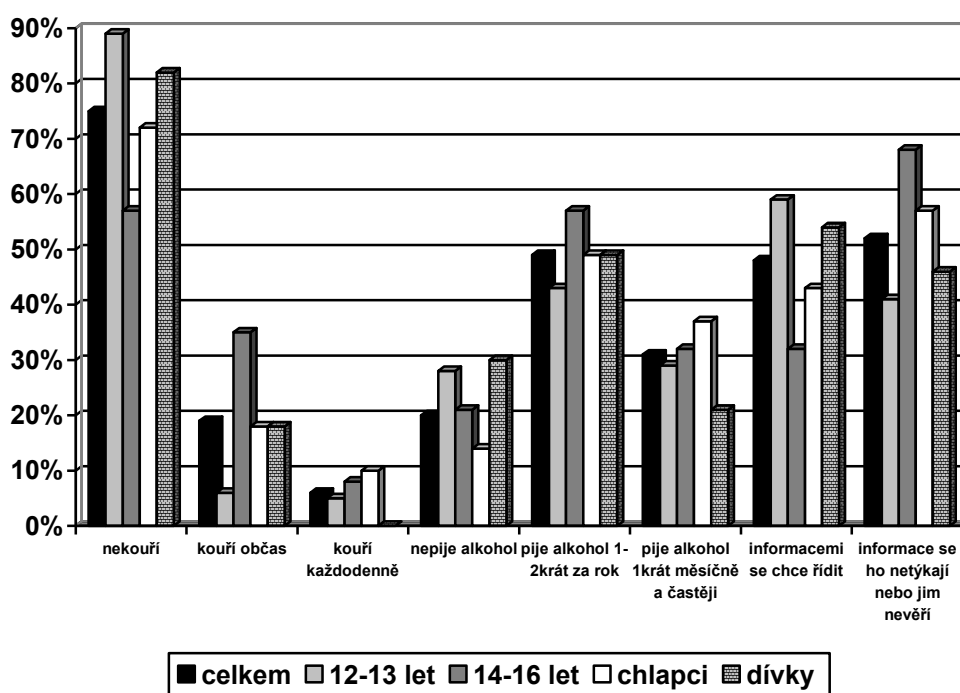
Výsledky výzkumu konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let z roku 2012 platné pro **ZŠ Suchdol nad Lužnicí**:

- dotazník vyplnilo 86 dětí, z toho 57% mladších a 43% starších dětí, 57% chlapců a 43% dívek,
- ze všech dětí celkem nikdy nekouřilo 51%, jen zkoušelo 24%, občas stále kouří 19% a každodenně kouří 6% - alkohol nikdy nepilo 10% dětí, jen ochutnávalo 10% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 49% a častěji než 1 za měsíc ho pije 31% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 14% dětí – ze 70% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 78% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 48% se jimi chce dále řídit, 31% jim věří, ale netýkají se jich, 16% je považuje za přehnané a 5% dětí jim nevěří vůbec.
- z mladších dětí nikdy nekouřilo 65%, jen zkoušelo 24%, občas stále kouří 6% a každodenně kouří 5% - alkohol nikdy nepilo 16% dětí, jen ochutnávalo 12% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 43% a častěji než 1 za měsíc ho pije 29% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 22% dětí – ze 70% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující vykládá na toto téma málokdy, pro 76% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 59% se jimi chce dále řídit, 24% jim věří, ale netýkají se jich, 12% je považuje za přehnané a 5% jim vůbec nevěří
- ze starších dětí nikdy nekouřilo 32%, jen zkoušelo 25%, občas stále kouří 35% a každodenně kouří 8% - alkohol nikdy nepilo 3% dětí, jen ochutnávalo 18% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 57% a častěji než 1 za měsíc ho pije 32% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 3% dětí – ze 76% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 81% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 32% se jimi chce dále řídit, 41% jim věří, ale netýkají se jich, 22% je považuje za přehnané a 5% jim nevěří.
- z chlapců nikdy nekouřilo 39%, jen zkoušelo 33%, občas stále kouří 18% a každodenně kouří 10% - alkohol nikdy nepilo 6% chlapců, jen ochutnávalo 8% chlapců, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 49% a častěji než 1 za měsíc ho

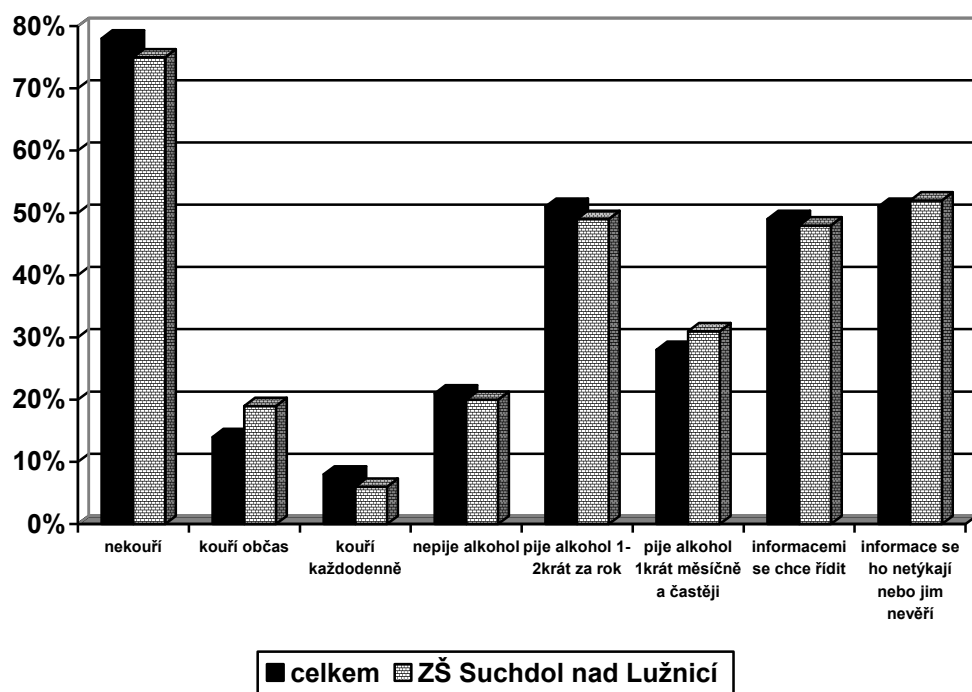
pije 37% chlapců, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 12% chlapců – z 67% chlapci uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá a diskutuje s nimi na toto téma, pro 82% chlapců jsou takto získané informace dostatečné a 43% se jimi chce dále řídit, 29% jim věří, ale netýkají se jich, 20% je považuje za přehnané a 8% jim vůbec nevěří.

- z dívek nikdy nekouřilo 68%, jen zkoušelo 14%, občas stále kouří 18% a žádná každodenně nekouří - alkohol nikdy nepilo 16% dívek, jen ochutnávalo 14% dívek, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 49% a častěji než 1 za měsíc ho pije 21% dívek, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 17% dívek – ze 72% dívek uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 74% dívek jsou takto získané informace dostatečné a 54% se jimi chce dále řídit, 35% jim věří, ale netýkají se jich a 11% je považují za přehnané,
- jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví starší i mladší chlapci z města.

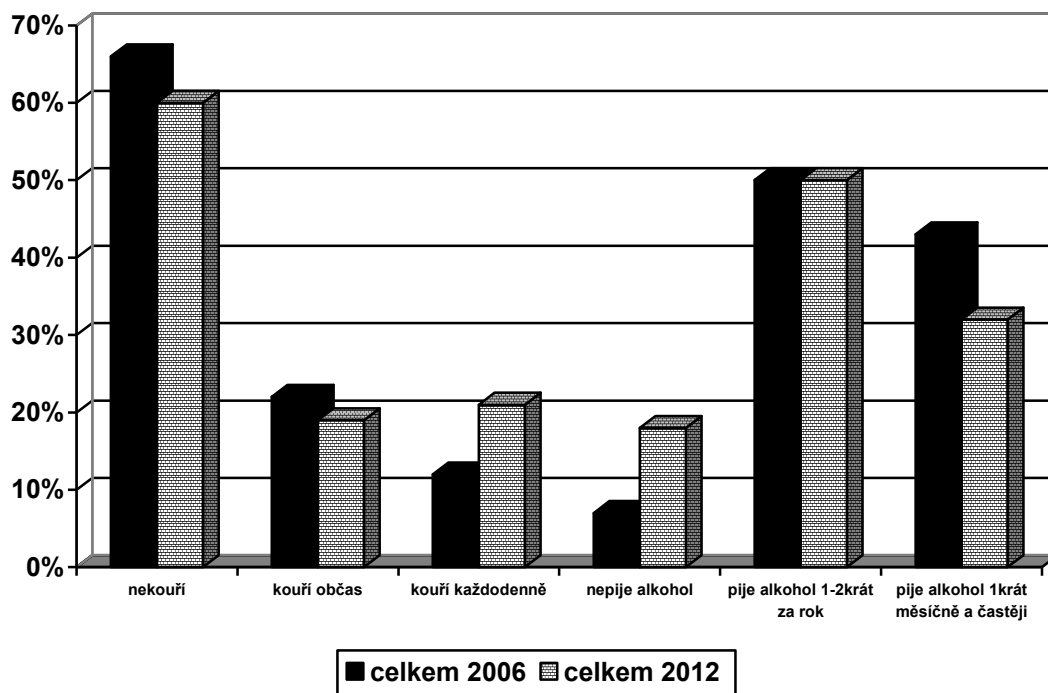
Porovnání celkových výsledků školy a výsledků jednotlivých skupin dětí:

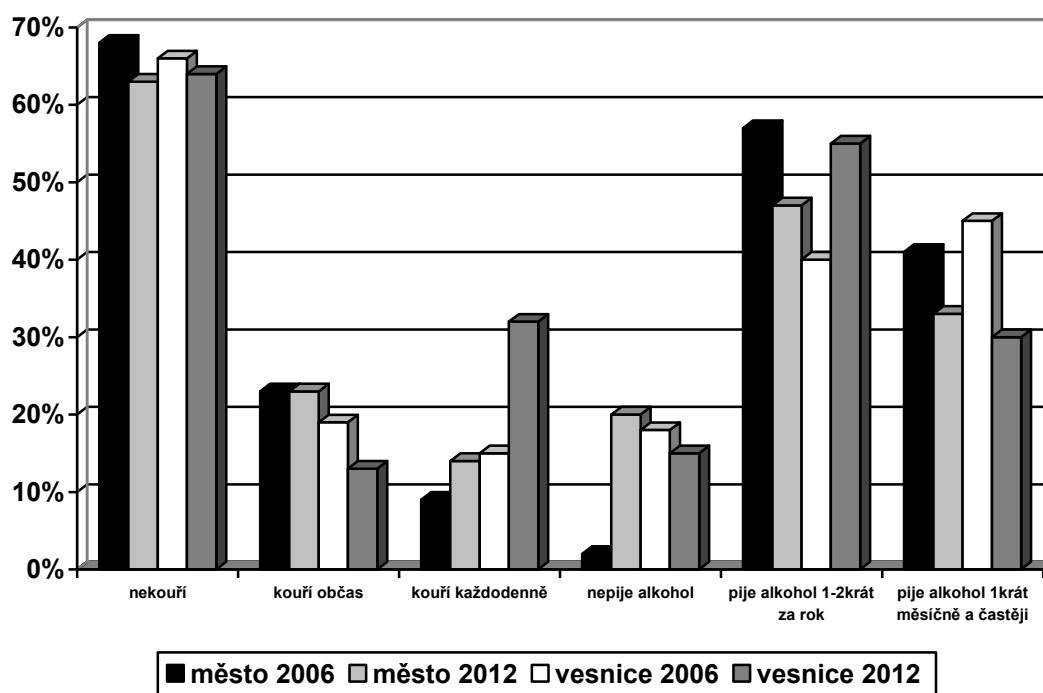
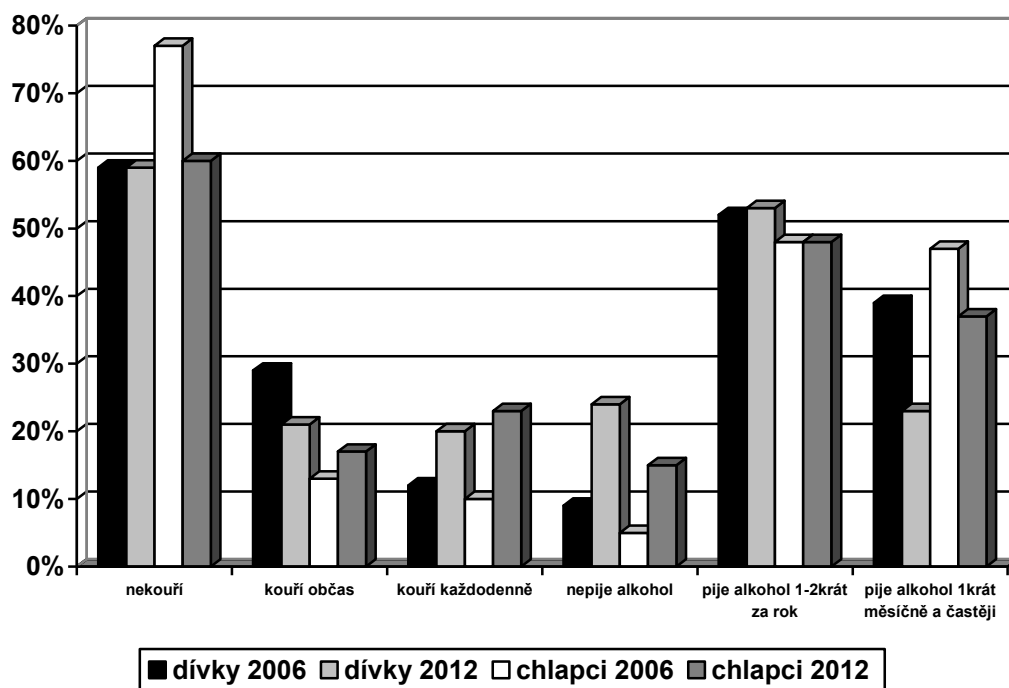


Porovnání školy s celkovými výsledky (celkem se výzkumu zúčastnilo 518 dětí na šesti základních školách v regionu Třeboňsko):



Porovnání výsledků výzkumů z roku 2006 a 2012:





Výstup z výzkumu č. 4:

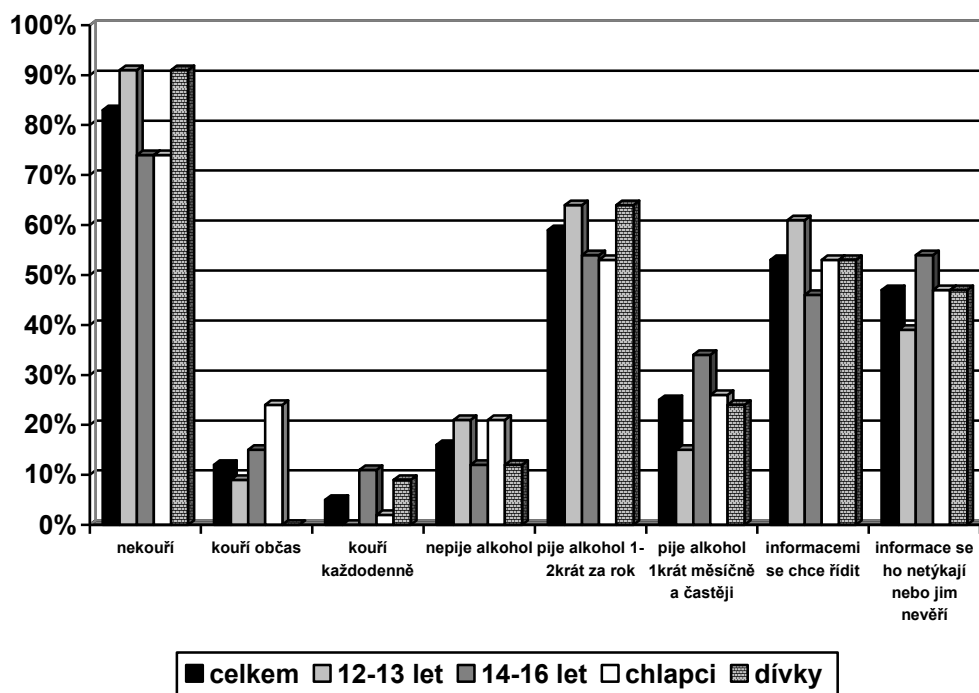
Výsledky výzkumu konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let z roku 2012 platné pro **ZŠ Chlum u Třeboně**:

- dotazník vyplnilo celkem 68 dětí, z toho 49% mladších a 51% starších dětí, 50% chlapců a 50% dívek,
- ze všech dětí nikdy nekouřilo 49%, jen zkoušelo 34%, občas stále kouří 12% a každodenně kouří 5% - alkohol nikdy nepila 3% dětí, jen ochutnávalo 13% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 59% a častěji než 1 za měsíc ho pije 25% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 8% dětí – ze 78% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 54% dětí jsou takto získané informace nedostatečné a chtějí se dozvídat více, 53% se získanými informacemi chce dále řídit, 38% jim věří, ale netýkají se jich a 9% je považují za přehnané.
- z mladších dětí nikdy nekouřilo 61%, jen zkoušelo 30%, občas stále kouří 9% a každodenně nekouří nikdo - alkohol nikdy nepila 3% dětí, jen ochutnávalo 18% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 64% a častěji než 1 za měsíc ho pije 15% dětí, nejčastěji se jedná o pivo – ze 79% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 54% dětí jsou takto získané informace nedostatečné, přesto se 61% jimi chce dále řídit, 33% jim věří, ale netýkají se jich a 6% je považuje za přehnané.
- ze starších dětí nikdy nekouřilo 37%, jen zkoušelo 37%, občas stále kouří 15% a každodenně kouří 11% - alkohol nikdy nepila 3% dětí, jen ochutnávalo 9% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 54% a častěji než 1 za měsíc ho pije 34% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 15% dětí – ze 76% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 54% dětí jsou takto získané informace nedostatečné, přesto se 46% jimi chce dále řídit, 43% jim věří, ale netýkají se jich a 11% je považují za přehnané.
- z chlapců nikdy nekouřilo 56%, jen zkoušelo 18%, občas stále kouří 24% a každodenně kouří 2% - alkohol nikdy nepilo 6% chlapců, jen ochutnávalo 15% chlapců, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 53% a častěji než 1 za měsíc ho

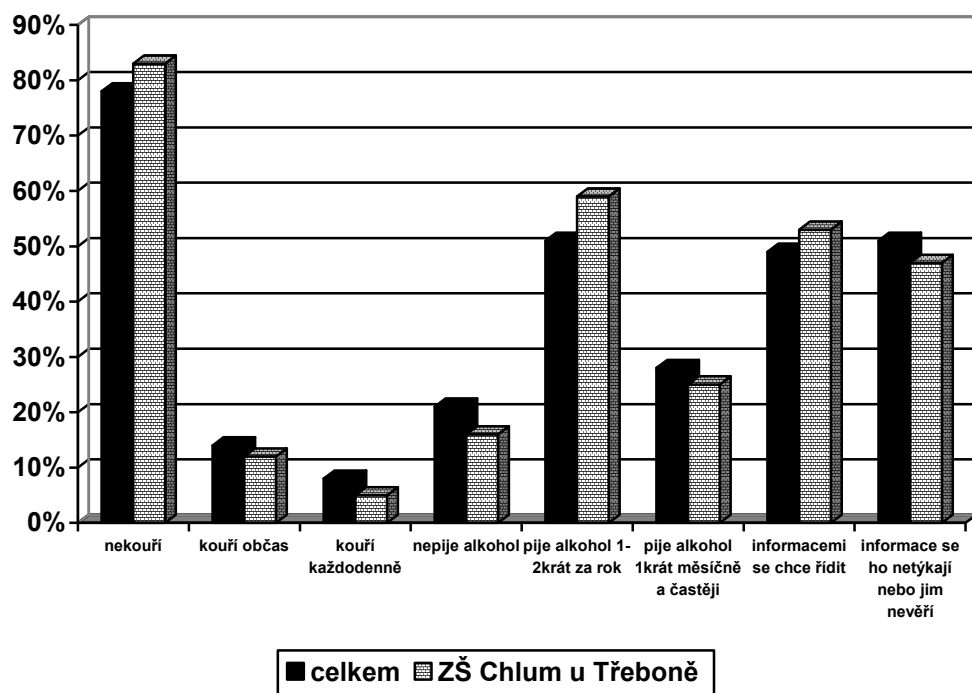
pije 26% chlapců, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 13% chlapců – ze 77% chlapci uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 53% chlapců jsou takto získané informace dostatečné a 53% se jimi chce dále řídit, 35% jim věří, ale netýkají se jich a 12% je považují za přehnané.

- z dívek nikdy nekouřilo 41%, jen zkoušelo 50%, občas nekouří žádná dívka a každodenně kouří 9% - všechny dívky pily alkohol, jen ochutnávalo 12% dívek, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 64% a častěji než 1 za měsíc ho pije 24% dívek, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pijí 3% dívek – z 80% dívky uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 62% dívek jsou ale takto získané informace nedostatečné, přesto se 53% jimi chce dále řídit, 41% jim věří, ale netýkají se jich a 6% je považuje za přehnané,
- jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle analýzy odpovědí z dotazníku jeví skupina starších chlapců z města.

Porovnání celkových výsledků školy a výsledků jednotlivých skupin dětí:



Porovnání školy s celkovými výsledky (celkem se výzkumu zúčastnilo 518 dětí na šesti základních školách v regionu Třeboňsko):



Výstup z výzkumu č. 5:

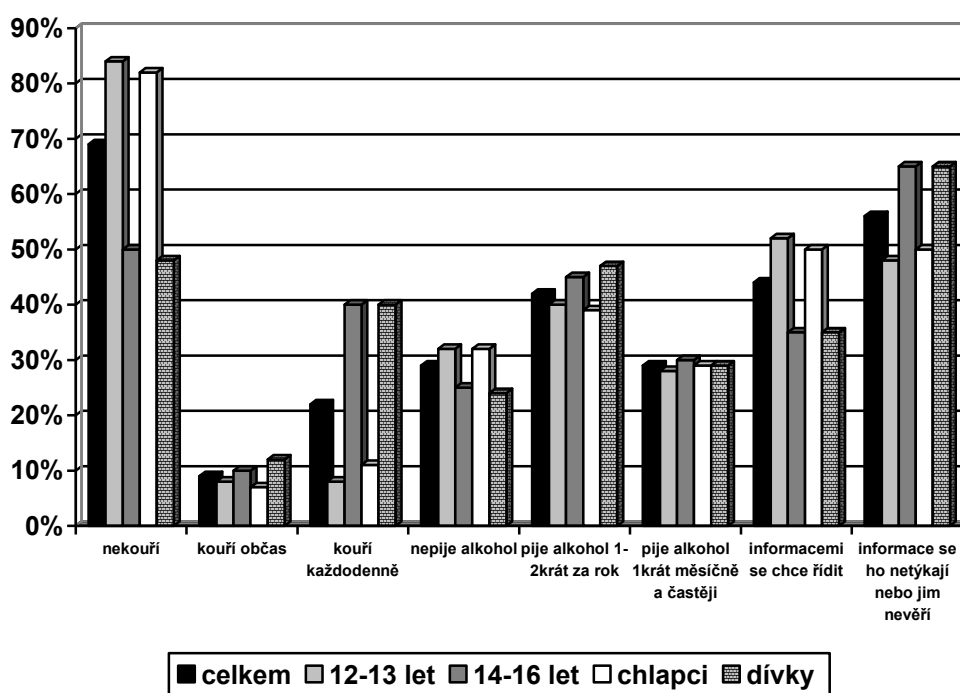
Výsledky výzkumu konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let z roku 2012 platné pro **ZŠ Rapšach**:

- dotazník vyplnilo 45 dětí, z toho 56% mladších a 44% starších dětí, 62% chlapců a 38% dívek,
- ze všech dětí nikdy nekouřilo 40%, jen zkoušelo 29%, občas stále kouří 9% a každodenně kouří 22% - alkohol nikdy nepilo 16% dětí, jen ochutnávalo 13% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 42% a častěji než 1 za měsíc ho pije 29% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 16% dětí – ze 67% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující vykládá jen málokdy, pro 62% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 44% se jimi chce dále řídit, 38% jim věří, ale netýkají se jich, 13% je považuje za přehnané a 5% jim vůbec nevěří.
- z mladších dětí nikdy nekouřilo 52%, jen zkoušelo 32%, občas stále kouří 8% a každodenně kouří 8% - alkohol nikdy nepilo 20% dětí, jen ochutnávalo 12% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 40% a častěji než 1 za měsíc ho pije 28% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 6% dětí – ze 74% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující vykládá jen málokdy, pro 60% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 52% se jimi chce dále řídit, 32% jim věří, ale netýkají se jich, 12% je považuje za přehnané a 4% jim nevěří.
- ze starších dětí nikdy nekouřilo 25%, jen zkoušelo 25%, občas stále kouří 10% a každodenně kouří 40% - alkohol nikdy nepilo 10% dětí, jen ochutnávalo 15% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 45% a častěji než 1 za měsíc ho pije 30% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 30% dětí – z 83% dětí uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 65% dětí jsou takto získané informace dostatečné a 35% se jimi chce dále řídit, 45% jim věří, ale netýkají se jich, 15% je považuje za přehnané a 5% jim nevěří.
- z chlapců nikdy nekouřilo 50%, jen zkoušelo 32%, občas stále kouří 7% a každodenně kouří 11% - alkohol nikdy nepilo 21% chlapců, jen ochutnávalo 11% chlapců, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 39% a častěji než 1 za měsíc ho pije 29% chlapců, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů

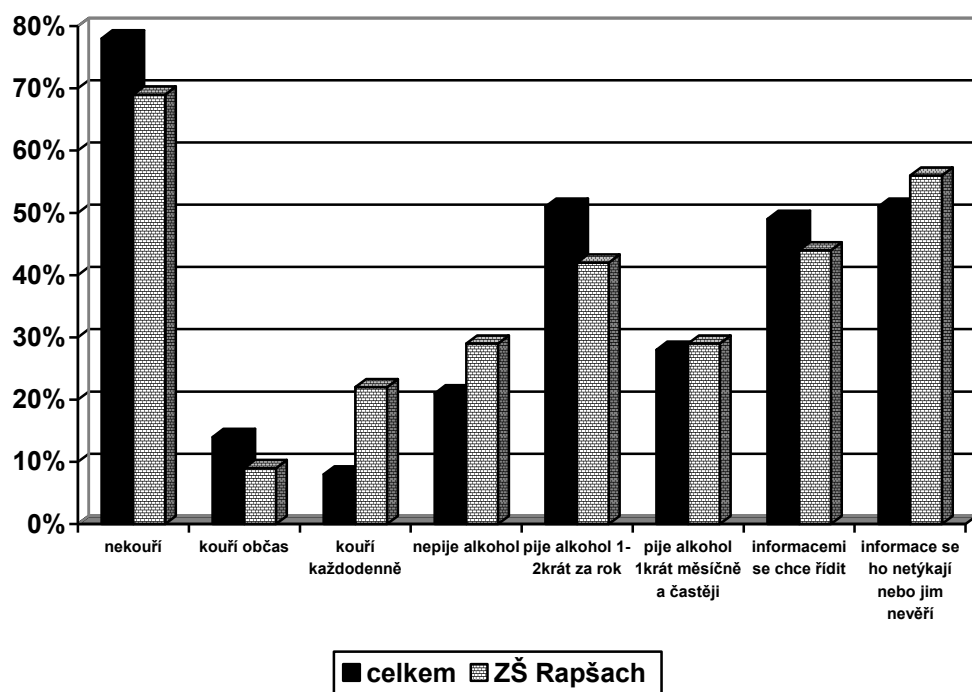
alkoholu pije 13% chlapců – z 63% chlapci uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující vykládá jen málokdy, pro 64% chlapců jsou takto získané informace dostatečné a 50% se jimi chce dále řídit, 39% jim věří, ale netýkají se jich, 5% je považují za přehnané a 6% jim nevěří.

- z dívek nikdy nekouřilo 24%, jen zkoušelo 24%, občas stále kouří 12% a každodenně kouří 40% dívek - alkohol nikdy nepilo 6% dívek, jen ochutnávalo 18% dívek, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 47% a častěji než 1 za měsíc ho pije 29% dívek, nejčastěji se jedná o víno, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 20% dívek – ze 77% dívky uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 59% dívek jsou takto získané informace dostatečné a 35% se jimi chce dále řídit, 35% jim věří, ale netýkají se jich a 30% je považují za přehnané,
- jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle odpovědí z dotazníku jeví skupina dívek z vesnice.

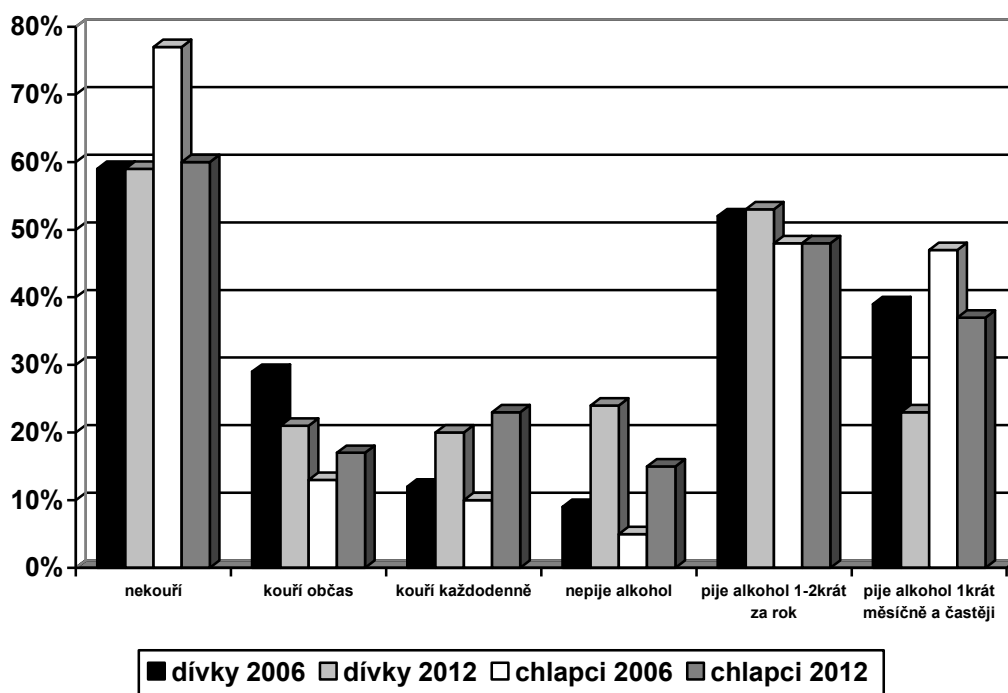
Porovnání celkových výsledků školy a výsledků jednotlivých skupin dětí:

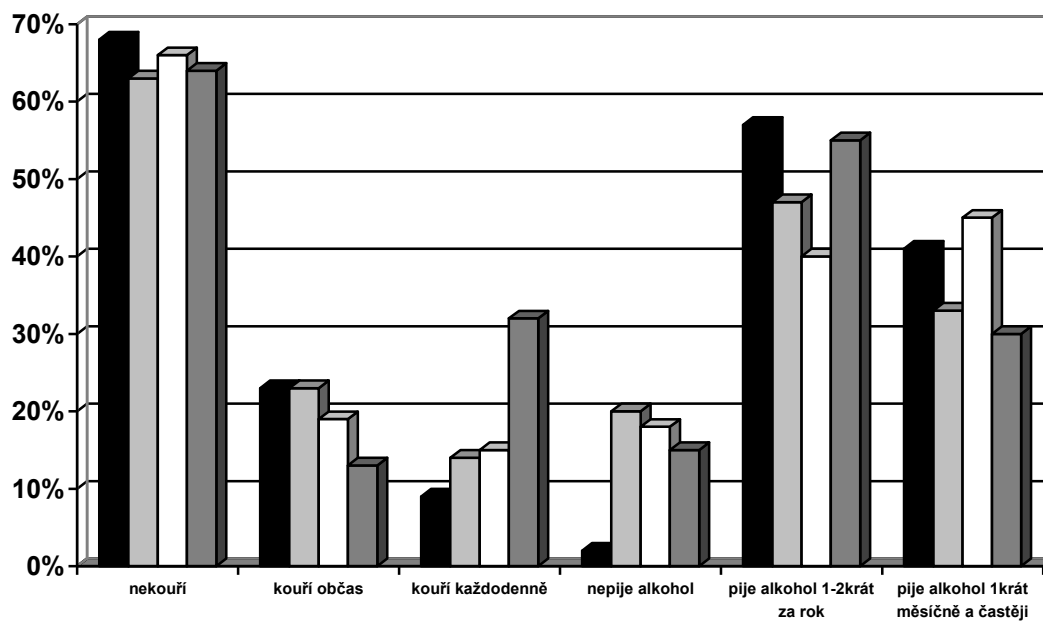


Porovnání školy s celkovými výsledky (celkem se výzkumu zúčastnilo 518 dětí na šesti základních školách v regionu Třeboňsko):



Porovnání výsledků výzkumů z roku 2006 a 2012





■ město 2006 ■ město 2012 □ vesnice 2006 ■ vesnice 2012

Výstup z výzkumu č. 6:

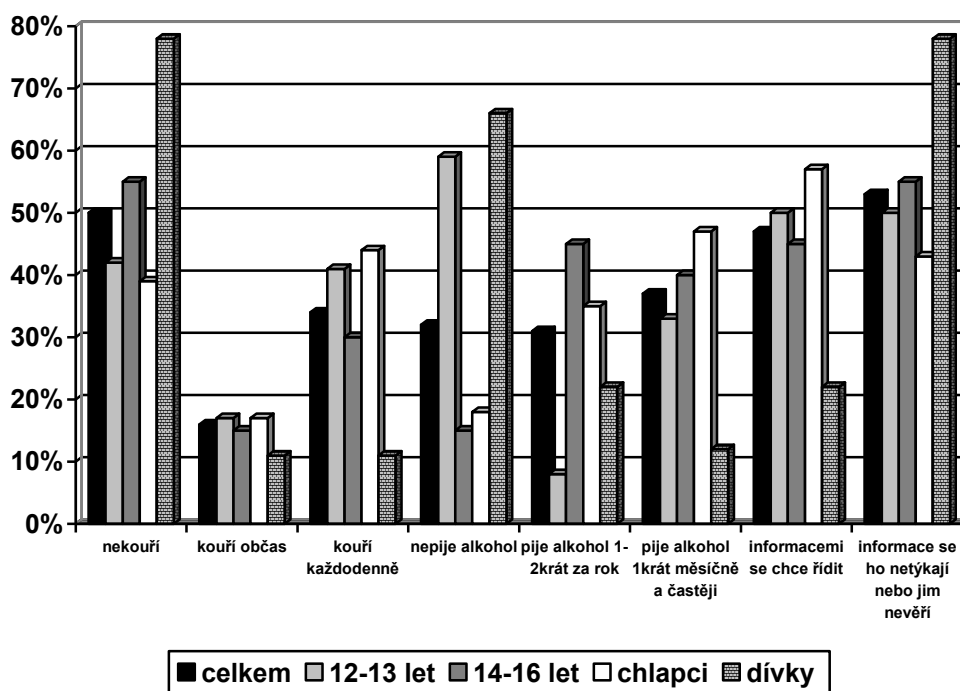
Výsledky výzkumu konzumace alkoholu a tabáku mezi dětmi ve věku 12 až 16 let z roku 2012 platné pro **ZŠP Třeboň**:

- dotazník vyplnilo 32 dětí, z toho 38% mladších a 62% starších dětí, 72% chlapců a 28% dívek,
- z dětí celkem nikdy nekouřilo 28%, jen zkoušelo 22%, občas stále kouří 16% a každodenně kouří 34% - alkohol nikdy nepilo 19% dětí, jen ochutnávalo 13% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 31% a častěji než 1 za měsíc ho pije 37% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 13% dětí – z 55% děti uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 62% dětí jsou takto získané informace nedostatečné, 47% se jimi chce dále řídit, 44% jim věří, ale netýkají se jich a 9% je považuje za přehnané.
- z mladších dětí nikdy nekouřilo 25%, jen zkoušelo 17%, občas stále kouří 17% a každodenně kouří 41% - alkohol nikdy nepilo 26% dětí, jen ochutnávalo 33% dětí, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 8% a častěji než 1 za měsíc ho pije 33% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu nepije žádné dítě – z 60% děti uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující často vykládá, pro 67% dětí jsou takto získané informace nedostatečné, 50% se jimi ale chce dále řídit, 33% jim věří, ale netýkají se jich a 17% je považují za přehnané.
- ze starších dětí nikdy nekouřilo 30%, jen zkoušelo 25%, občas stále kouří 15% a každodenně kouří 30% - alkohol nikdy nepilo 15% dětí, žádné dítě jen neochutnávalo, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 45% a častěji než 1 za měsíc ho pije 40% dětí, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 17% dětí – z 60% děti uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 60% dětí jsou takto získané informace nedostatečné, 45% se jimi ale chce dále řídit, 50% jim věří, ale netýkají se jich a 5% je považuje za přehnané.
- z chlapců nikdy nekouřilo 22%, jen zkoušelo 17%, občas stále kouří 17% a každodenně kouří 44% - alkohol nikdy nepilo 9% chlapců, jen ochutnávalo 9% chlapců, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 35% a častěji než 1 za měsíc ho pije 47% chlapců, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů

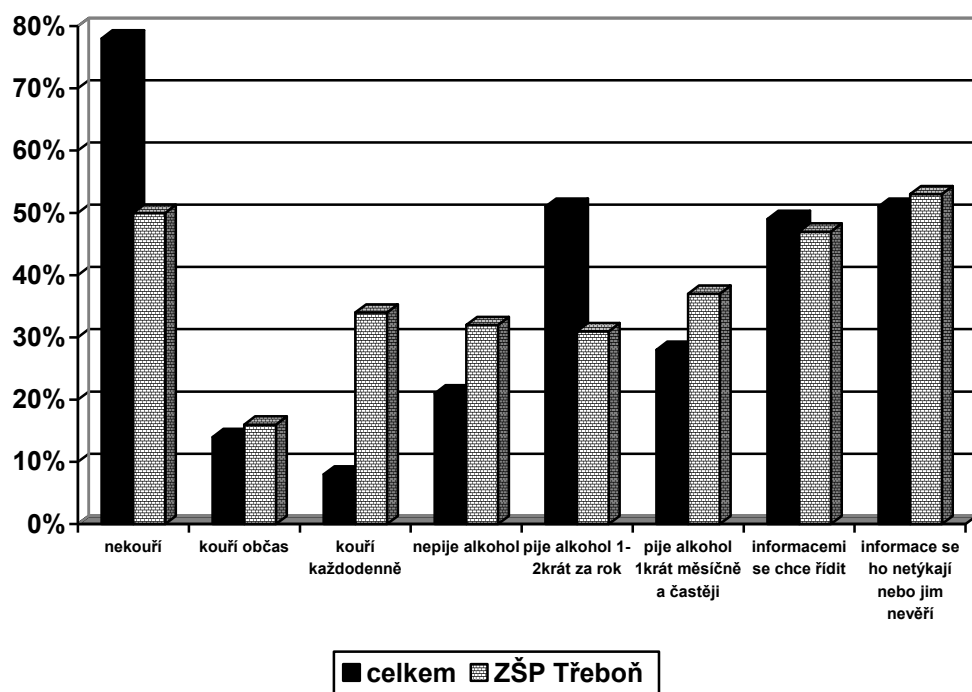
alkoholu pije 12% chlapců – z 61% chlapci uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek vyučující vykládá a diskutuje s nimi na toto téma jen málokdy, pro 57% chlapců jsou takto získané informace nedostatečné, 57% se jimi ale chce dále řídit, 30% jim věří, ale netýkají se jich a 13% je považují za přehnané.

- z dívek nikdy nekouřilo 44%, jen zkoušelo 34%, občas stále kouří 11% a každodenně kouří 11% - alkohol nikdy nepilo 44% dívek, jen ochutnávalo 22% dívek, 1 nebo 2krát ročně se alkoholu napije 22% a častěji než 1 za měsíc ho pije 12% dívek, nejčastěji se jedná o pivo, ale kombinace různých druhů alkoholu pije 17% dívek – z 56% dívky uvádí, že o škodlivosti užívání návykových látek jim vyučující nikdy vykládá a nediskutuje s nimi na toto téma, pro 56% dívek jsou přesto informace dostatečné a 22% se jimi chce dále řídit, 78% jim věří, ale netýkají se jich,
- jako nejrizikovější (co se týče konzumace alkoholu a tabáku a její zvýšené frekvence) se podle dotazníku jeví skupina starších chlapců z vesnice a mladších chlapců z města.

Porovnání celkových výsledků školy a výsledků jednotlivých skupin dětí:



Porovnání školy s celkovými výsledky (celkem se výzkumu zúčastnilo 518 dětí na šesti základních školách v regionu Třeboňsko):



Porovnání výsledků výzkumů z roku 2006 a 2012:

