

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

**Zdraví a životní styl žáků základních škol v olomouckém regionu
v kontextu HBSC studie**

Bc. Barbora Kopřivová

Učitelství výchovy ke zdraví pro 2. stupeň základních škol

Olomouc 2018

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Zdraví a životní styl žáků základních škol v olomouckém regionu v kontextu HBSC studie**“ vypracovala samostatně pod odborným vedením PaedDr. et Mgr. Marie Chráskové, Ph.D. a použila jen uvedenou literaturu a zdroje uvedené v referenčním seznamu.

V Olomouci dne 7. 12. 2018

.....
Bc. Barbora Kopřivová

Poděkování

Děkuji PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Taktéž děkuji vedení všech základních škol, které se zúčastnily mého výzkumu, za umožnění výzkumného šetření v jejich školách a v neposlední řadě všem respondentům.

Bc. Barbora Kopřivová

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
1.1 DÍLČÍ CÍLE.....	8
2 ZDRAVÍ	9
2.1 DEFINICE ZDRAVÍ.....	9
2.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ	11
2.3 MODELY ZDRAVÍ.....	15
2.4 TEORIE ZDRAVÍ	16
2.5 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	17
3 ŽIVOTNÍ STYL	19
3.1 ALKOHOL.....	21
3.2 KOUŘENÍ.....	25
3.3 MARIHUANA	26
4 CHARAKTERISTIKA ŽÁKA ZÁKLADNÍ ŠKOLY	27
5 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	30
5.1 DEFINICE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ	30
5.2 KLASIFIKACE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	31
5.3 DŮVODY, FAKTORY A NÁSLEDKY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ	32
5.4 PREVENCE.....	35
5.4.1 <i>Systém prevence</i>	36
5.4.2 <i>Prevence na školách</i>	37
6 HBSC STUDIE O ŽIVOTNÍM STYLU.....	40
7 METODIKA PRÁCE.....	42
7.1 CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ PROBLÉMY A HYPOTÉZY.....	42
7.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	46
7.3 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	50
8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	52
8.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM Č. 1	52
8.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM Č. 2	67
8.3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM Č. 3	71
8.4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM Č. 4	76
9 DISKUZE	84
ZÁVĚR	88
SOUHRN.....	90

SUMMARY	90
REFERENČNÍ SEZNAM.....	91
SEZNAM ZKRATEK	95
SEZNAM OBRÁZKŮ	96
SEZNAM TABULEK	97
SEZNAM GRAFŮ	99
SEZNAM PŘÍLOH	100
ANOTACE	

ÚVOD

Dnešní moderní doba v sobě zahrnuje mnohá pozitiva jako informační technologie, neuvěřitelné možnosti moderní medicíny a globalizace. Tento pokrokový uspěchaný svět v sobě však ukrývá i různá úskalí. Informační technologie vedou k nedostatku komunikace tváří v tvář a společenské izolaci mnoha lidí. Rodiče často kvůli kariéře nemají na své potomky dostatek času. Děti a mladí lidé často zažívají v tomto světě pocity nejistoty, úzkosti, prázdnoty a beznaděje. Hledají proto něco, co by dalo jejich životu smysl. Někdy si zvolí kladnou náplň svých volnočasových aktivit, jako např. sport a umělecké činnosti, nebo naopak sklouznou k aktivitám, které mohou mít negativní dopad jak pro ně samotné, tak i pro jejich blízké a celou společnost.

Toto rizikové chování a nezdravý životní styl mají významný vliv na naše zdraví, proto výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu by měla být jednou z hlavních priorit celé společnosti. V dnešní době je v České republice zakotvena ve vzdělávacích programech všech stupňů škol.

Jednání a životní styl člověka určuje hodnotová orientace vyjadřující smysl našeho chování vedoucího k určitému cíli. Je proto nezbytné, aby děti a mladí lidé včlenili zdraví do žebříčku svých hodnot. Zdraví by se pro ně mělo stát cílem, kterého se budou snažit aktivně dosáhnout.

Téma diplomové práce „**Zdraví a životní styl žáků základních škol v olomouckém regionu v kontextu HBSC studie**“ jsem si zvolila, jelikož si uvědomuji důležitost získaných dat z HBSC studií v průběhu let. Data a poznatky, jež se podařilo nashromáždit, slouží ke sledování soudobého stavu životního stylu dětí a školáků a zároveň nám umožňují lépe volit strategická rozhodnutí při tvorbě politik, strategií a efektivních preventivních programů (Kalman a kol., 2013).

Výsledky a poznatky z těchto studií ukázaly, jak nezbytná je prevence v této problematice u dětí a mladých lidí. Životní styl představuje jeden z nejvýznamnějších determinantů zdraví. Je proto důležité, aby si celá společnost uvědomila, že chování a životní styl dospělých je formován již v dětství. I zde platí přísloví: „Co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš.“ V dnešní době totiž přibývá dětí s nedostatečnou pohybovou aktivitou, nesprávnými stravovacími návyky a nejrůznějším rizikovým chováním. Toto jednání má pak

negativní vliv na naše zdraví i v dospělosti. Ovlivňuje odolnost organismu vůči nejrůznějším infekčním a chronickým neinfekčním onemocněním.

Ve své práci jsem se rozhodla věnovat právě problematice rizikového chování, konkrétně konzumaci alkoholu a užívání tabáku a marihuany u školáků.

Výsledky mého výzkumného šetření by měly být převážně přínosem pro základní školy, ve kterých výzkum proběhl. Zúčastněné školy mají totiž možnost porovnat své výsledky s daty prezentovanými v HBSC studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010. Získané poznatky a data jim mohou posloužit při práci se žáky a tvorbě minimálních preventivních programů.

V první kapitole teoretické části diplomové práce se věnuji pojmu zdraví, jeho determinantům, modelům a teoriím zdraví a zdravotní gramotnosti. Následuje kapitola o životním stylu, jenž zdraví ovlivňuje, charakteristice žáka základní školy a o rizikovém chování jeho vymezení, klasifikaci, důvodech a faktorech vzniku, možných následcích i prevenci. Poslední kapitolu teoretické části jsem zaměřila na HBSC studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků.

Praktická část obsahuje seznámení s použitou výzkumnou metodou, charakteristikou výzkumného vzorku, výzkumnými problémy a následné ověřování daných hypotéz a výzkumných předpokladů.

1 CÍLE PRÁCE

V této kapitole seznamujeme s cíli diplomové práce, a to jak s hlavním cílem, tak i s cíli dílčími.

Hlavním cílem je zjistit vztah žáků vybraných základních škol k užívání návykových látek v kontextu jejich životního stylu.

1.1 Dílčí cíle

- Porovnat výsledky z výzkumného šetření s daty z HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků.
- Zjistit užívání návykových látek u žáků v závislosti na jejich sociální situaci.
- Zjistit povědomí žáků o prevenci návykových látek na jejich školách.
- Zjistit, zda se liší užívání návykových látek u chlapců a dívek.

2 ZDRAVÍ

V dnešní době se můžeme setkat s několika pohledy na zdraví. Někteří jedinci berou své zdraví automaticky, jiní o své zdraví pečují a jsou si vědomi pomíjivosti zdraví a nutnosti preventivních opatření. V této kapitole proto seznamujeme s několika definicemi pojmu zdraví, vnějšími a vnitřními faktory, které ho ovlivňují a dále věnujeme pozornost modelům a vybraným teoriím zdraví.

Pro zajímavost nejdříve uvádíme citáty několika významných osobností z různých oblastí společenského života (Citaty.net, c2018), jenž se zamýšlely nad pojmem a významem zdraví. Jako prvního tedy citujeme významného německého filozofa 19. století Arthura Schopenhauera: *„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“*

Druhý citát je připisován řeckému filozofovi, žákovi Platóna a učiteli Alexandra Velikého, Aristotelovi: *„Zdraví je nejdůležitější kvalita těla.“*

Bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace Halfdan Mahler (in Machová a Kubátová, 2015, s. 10) o zdraví řekl: *„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.“*

Pro dokreslení uvádíme i myšlenku Davida Seedhouse (Citaty.net, c2018), jednoho z nejvýznamnějších teoretiků zabývajících se otázkami filozofie zdraví: *„Zdraví je slovo, které se v běžné mluvě užívá v přerůzném významu. Proto je třeba snažit se pochopit ideu, která tvoří jádro tohoto pojmu a je – třeba i jen skrytě – nedílnou součástí různých významů tohoto slova.“*

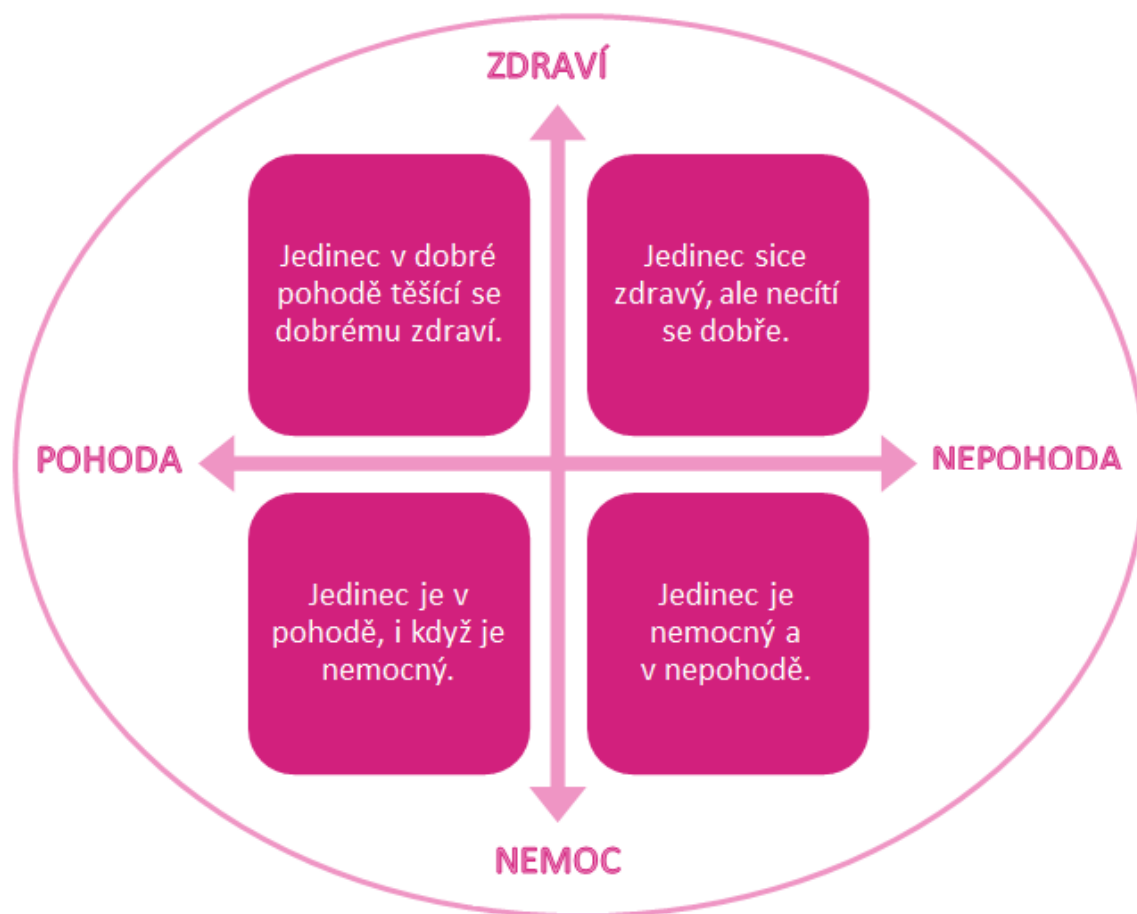
A v neposlední řadě citát od prvního prezidenta Československé republiky Tomáše Garrigue Masaryka, který se nesmazatelně zapsal do dějin českého národa: *„Zdraví – zdravý duch a zdravé tělo – to je nakonec cílem vší politiky a administrace“* (Citaty.net, c2018).

2.1 Definice zdraví

World Health Organization (WHO), v překladu Světová zdravotnická organizace, jejímž hlavním úkolem je zabývat se problematikou zdraví a veřejného zdravotnictví v mezinárodním měřítku, v roce 1948 definovala zdraví takto: *„Health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity“*

v překladu tedy zdraví jako stav kompletní fyzické, sociální a duševní pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či oslabení (WHO, 1998, s. 1).

Tento pohled na zdraví je poněkud idealistický a podle tohoto hlediska by byla většina obyvatel zařazena do kategorie nemocných. Významné na této definici je však vnímání zdraví z celostního komplexního hlediska. Další předností tohoto vymezení je podle Holčíka (2010) rozlišení negativního (nemoc a oslabení) a pozitivního zdraví (tzn. stav pohody). Není však definováno, co si máme představit pod slovním spojením stav pohody. Pohoda je pocit velice subjektivní a každý z nás se v pohodě cítí v jiné situaci. Vzájemnou souvislost zdraví a pohody znázorňuje níže položený obrázek 1.



Obrázek 1. Vzájemná souvislost zdraví a pohody (Holčík, 2010, s. 15 – upraveno)

Podle Seedhouse (in Křivohlavý, 2009), optimální stav zdraví určitého jedince podléhá kvalitě skupiny podmínek umožňujících existovat ve všech stránkách života tak,

aby se naplnily všechny její potenciály. Významný český psycholog Jaro Křivohlavý (2009) naopak ve svém vymezení klade důraz na dosažení optimální kvality života. Chápe zdraví holisticky, tedy jako komplex tělesného, sociálního, psychického a duchovního stavu jedince, jenž mu má umožňovat dosáhnout optimální kvality života. Tento stav však podle něho nesmí být překážkou podobnému snažení ostatních osob.

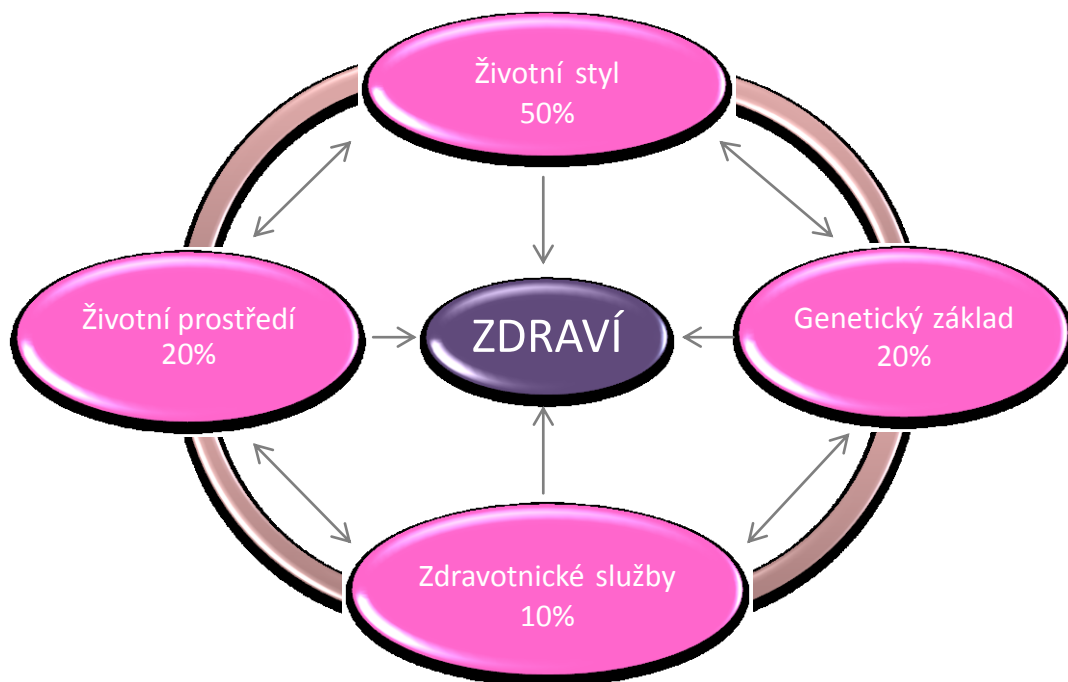
Kubičková (1996) vnímá zdraví jako výslednici dosavadního životního stylu, jenž je ovlivněno předem určeným genetickým základem. Naše zdraví ovlivňuje také naše vůle a motivace žít kvalitním způsobem života. Zdraví lze tedy chápat jako dovednosti jedince vyrovnat se s interními a externími podmínkami prostředí při zachování všech životních funkcí (Čeledřová a Čevela, 2010).

V kontextu podpory zdraví je zdraví považováno spíše jako prostředek k cíli, který vyjadřuje funkčnost jedince vést individuálně, sociálně a ekonomicky produktivní život. Je to pozitivní koncept s důrazem na sociální a osobní zdroje, jakož i na fyzické schopnosti jedince (WHO, 1998).

2.2 Determinanty zdraví

Tato část práce seznamuje jak s vnějšími, tak i vnitřními determinantami ovlivňující zdraví člověka, jež mohou na člověka působit kladným nebo záporným způsobem. Všechny tyto faktory působí na zdraví jedince ať pozitivním směrem, posilující zdraví, či negativně, kdy zdraví jedince naopak oslabují. Tyto determinanty působí na zdraví vždy komplexně a navzájem se ovlivňují.

Obrázek 2 (níže), nás seznamuje s jednotlivými determinantami a jejich procentuálním významem pro naše zdraví. Můžeme také sledovat jejich vzájemnou provázanost.



Obrázek 2. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví
(Kopecký a kol., 2012, s. 11)

Odhady vlivu jednotlivých determinantů na naše zdraví se v různých publikacích diferencují. Například Holčík (2010) uvádí odlišná procenta u jednotlivých faktorů:

- Životní styl – 40 %;
- Životní prostředí – 35 %;
- Genetický základ – 10 %;
- Zdravotnické služby – 15 %.

Poněkud rozdílná procenta uvádí v kapitole o základních determinantech zdraví i Čeledová a Čevela (2010):

- Životní styl – 50 až 60 %;
- Životní prostředí – 20 až 25 %;
- Genetický základ – 10 až 15 %;
- Zdravotnické služby – 10 až 15 %.

Z rozdílností procent uvedených u základních faktorů zdraví v nejrůznějších publikacích, lze usuzovat, že vliv jednotlivých determinantů je jen hrubým odhadem z řad odborníků.

V odborné literatuře se můžeme setkat s nejrůznějšími klasifikacemi faktorů ovlivňujících zdraví jedince. Pro seznámení uvádíme dvoje dělení. Machová a Kubátová (2015) dělí faktory zdraví na vnitřní a vnější. **Vnitřní faktory** jsou dědičné. Každý jedinec na začátku ontogenetického vývoje získává genetickou výbavu od obou rodičů při splynutí jejich pohlavních buněk. Do tohoto genetického základu se promítají také vlivy přírodního a společenského prostředí a životní styl obou rodičů. Genetický základ ovlivňuje naše zdraví přibližně z 20 %. Mezi **zevní faktory**, které mají vliv na zdraví, patří: životní styl, kvalita životního prostředí a zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče). Podle Čedřové a Čevely (2010) lze determinanty zdraví také dělit na **individuální faktory** obsahující životní styl, způsob života a osobní chování a **faktory prostředí**, jež v sobě skrývají socioekonomické prostředí, životní prostředí a dostupnou zdravotní péči.

Životní styl

Každý jedinec žije svým způsobem života. Chová se určitým způsobem v daných životních situacích. Životní styl je stěžejním faktorem zdraví, jelikož ho ovlivňuje okolo 50 %. Proto se na životní styl zaměřujeme níže v samostatné kapitole věnující se této problematice.

Životní prostředí

Životní prostředí determinuje život člověka stejně jako genetický základ, tedy přibližně z 20 %.

Z pohledu zdraví lze životní prostředí posuzovat jako soubor biologických (velikost populace, infekční agens, paraziti apod.), fyzikálních (teplota, tlak, hluk, vibrace, radiace apod.), chemických (živiny, kyslík, toxické látky apod.) a sociálních (socializace, míra životní spokojenosti, životní úroveň apod.) faktorů v okolí jedince, které nějakým způsobem mohou mít vliv na jeho zdraví (Machová a Kubátová, 2015).

Všichni víme, že kvalita životního prostředí se výrazně snižuje vlivem moderního způsobu života lidí a jelikož kvalita životního prostředí má přímou souvislost na naše zdraví, mělo by se lidstvo více zamyslet nad ochranou životního prostředí. Český statistický úřad (2017) uvádí, že celková produkce podnikových odpadů v České republice v roce 2016 byla 21 801 816 tun, z toho nebezpečný odpad činil 1 081 842 tun. Olomoucký kraj se na tomto vyprodukovaném odpadu podílel s 599 504 tunami, z toho až 24 518 tun byl nebezpečný odpad. Česká republika i z tohoto důvodu každý rok přispívá nemalou částkou ze státního rozpočtu na ochranu životního prostředí. V roce 2016 bylo investováno celkem 25 476 miliónů Kč.

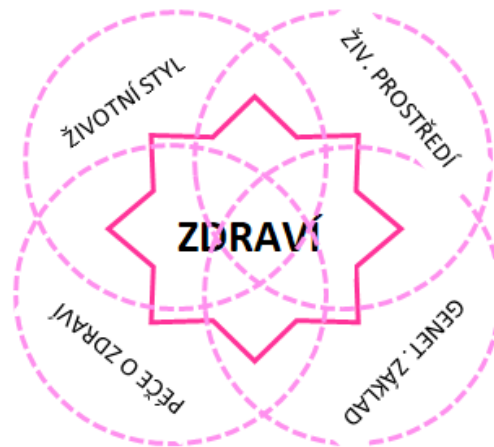
V rámci zdravého vývoje žáků je nezbytné zmínit také školní prostředí, ve kterém děti tráví velkou část svého času. Problematikou školního prostředí se zabývá specifická část hygieny nazývaná školní hygiena. Hygiena školního prostředí studuje problematiku školního obvodu, školního pozemku, školní budovy danou konstrukční soustavou, stavebním členěním a specifickými požadavky na provoz jednotlivých místností a učeben. Mezi základní hygienické požadavky na učebnu řadíme osvětlení učebny, proslunění, vytápění, větrání, prostorovou akustiku, pracovní místo žáka a zásobování třídy vodou (Zemánek, 2014).

Zdravotnické služby a péče o zdraví

Úroveň a kvalita zdravotnických služeb ovlivňuje naše zdraví přibližně z 10 %. Důležitá je také jejich dostupnost. Hlavním negativem v této oblasti, které naše zdraví ovlivňuje, je nedostatečná prevence, tedy péče o zdraví. Záleží také na ekonomické situaci rodiny, životním způsobu, vzdělání a zaměstnání rodičů.

Významný vliv na naše zdraví mají také sociální determinanty. Vzájemnou provázanost jednotlivých faktorů a významný vliv sociálních determinant zdraví nám znázorňuje obrázek 3.

SOCIÁLNÍ DETERMINANTY



Obrázek 3. Provázanost determinant zdraví a rozhodující vliv sociálních determinant zdraví (Holčík, 2010, s. 59 – upraveno)

Pro upřesnění uvádíme deset sociálních faktorů zdraví, které jsou významné podle Čeledové a Čevely (2010). Mezi tyto sociální determinanty patří sociální gradient obsahující např. vliv vzdělání, úroveň bydlení a materiální zabezpečení, negativně působící stresory, zaměstnání jedince, negativní vliv nezaměstnanosti, problematika sociálního vyloučení, způsob stravování, užívání nejrůznějších druhů návykových látek jako kouření, alkohol, marihuana, tvrdé drogy, sociální opora poskytující jedinci případnou pomoc a tzv. zdravá doprava zahrnující v sobě chůzi, jízdu na kole, koloběžce a kolečkových bruslích apod.

2.3 Modely zdraví

Modely zdraví se snaží vystihnout pojetí zdraví z různých pohledů. Kopecný a kol. (2012) uvádí ve své publikaci šest modelů zdraví. **Celostní – holistický model**, který má komplexní pohled na zdraví. Klade důraz jak na zdraví tělesné, tak i psychické, emotivní, osobní, společenské a duchovní. Podle tohoto modelu jsou všechny části zdraví vzájemně propojeny a ovlivňují se. **Biomedicinský model** má naopak jednostranný pohled.

Hlavním bodem pozornosti je nemoc a její biologické příčiny. Tento model zdraví bývá také někdy nazýván jako negativní model zdraví. **Ekonomický model** směřuje ke snaze o minimalizaci nákladů způsobených nemocí. Podle **modelu zdravé populace** je zdraví podmiňováno sociálními, ekonomickými a kulturními podmínkami. **Ekologicko-sociální model** zaměřující se zejména na sociální charakteristiky zdraví. Zkoumá vliv sociálního a přírodního prostředí. A nakonec **psychologický model** aplikující psychologické poznatky na naše zdraví.

Holčík (2010) se ve své publikaci zabývá pouze Biomedicínským modelem zdraví a Ekologicko-sociálním modelem zdraví a uvádí, že se tyto modely mohou navzájem doplňovat. Upozorňuje však na to, že zdraví je velice mnohotvárné a jeho rozmanitost nelze obsáhnout v jediné definici nebo modelu.

2.4 Teorie zdraví

Existuje celá řada teorií zdraví. Tyto teorie lze rozdělit do čtyř základních skupin: teorie chápající zdraví jako ideální stav člověka, jemuž je dobře – wellness, teorie chápající zdraví jako normální dobré fungování jedince – fitness, teorie chápající zdraví jako zboží na trhu a teorie chápající zdraví jako určitý druh „síly“ – osobní, tělesné či intelektuální (Tichá, 2012).

Naopak Jaro Křivohlavý rozlišuje teorie zdraví podle toho, zda je chápáno zdraví jako prostředek k určitému cíli, nebo zda je chápáno jako cíl sám o sobě. Na základě této myšlenky lze teorie zdraví dělit na:

- **Teorie, která považuje zdraví za zdroj fyzické a psychické síly**, chápe zdraví jako určitý druh síly, jež jedinci pomáhá překonávat životní překážky;
- **Teorie, která považuje zdraví za metafyzickou sílu**, vnímá zdraví jako způsob k dosahování vyšších cílů;
- **Teorie individuálního zdroje zdraví – Salutogeneze** obsahuje holistické osobnostní charakteristiky postoje k životu podporující zdraví;
- **Teorie chápající zdraví jako schopnost adaptace**, zdraví slouží k pozitivnímu reagování na nejrůznější změny v našem životě;

- **Teorie chápající zdraví jako schopnost dobrého fungování**, v tomto případě se zdraví projevuje dobrým fungováním jedince, jenž je schopen plnit všechny své sociální role a povinnosti;
- **Teorie chápající zdraví jako zboží na trhu** vnímá zdraví jako něco, co se dá koupit, např. léky, nadstandardní zdravotnické služby;
- **Teorie chápající zdraví jako ideální stav jedince** se stala vzorem pro sepsání výše zmíněné definice zdraví podle Mezinárodní zdravotnické organizace (Křivohlavý, 2009).

Ve všech zmíněných teoriích můžeme nalézt společné znaky jako dynamické vnímání zdraví, zdraví sloužící k naplňování cílů, vnímání zdraví jako životní hodnoty, bio-psycho-sociálně-duchovní dimenze zdraví, propojenost zdraví a kvality života, osobní zodpovědnost jedince za své zdraví a zdraví chápáno nejen individuálně, ale i společensky jako komunitní, ekologickou a politickou podmíněnost (Tichá, 2012).

2.5 Zdravotní gramotnost

„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví“ (Gramotnost.cz, c2013).

Abychom se mohli o našem zdraví rozhodnout správně, je nezbytné znát, chápat a rozumět informacím. Pokud máme dostatečné množství hodnověrných informací, můžeme si uvědomit význam zdravého životního stylu, prevence, různých druhů potřebných vyšetření apod. Jedinci zdravotně gramotnému se zvyšuje pravděpodobnost na šťastný zdravý život (Zdravotní gramotnost, c2015).

Na stránkách Zdravotní gramotnosti (c2015) jsou uvedeny tři oblasti zdravotní gramotnosti:

- **Oblast zdravotní gramotnosti sloužící k podpoře zdraví** - zde řadíme kompetence potřebné ke zdravému životnímu stylu a péče o prostředí;
- **Oblast zdravotní gramotnosti zahrnující prevenci** - obsahující prevenci infekcí, neinfekčních chorob a úrazů, ale i postoje k medicíně založené na důkazech;

- **Oblast zdravotní gramotnosti zaměřená na zdravotní péči** - tedy kompetence ošetrovatelské péče a nutné první pomoci.

Ve zdravotní gramotnosti jde rovněž o sdílenou zodpovědnost jedince – pacienta a zdravotníka – lékaře. Pokud chceme zdravotní gramotnost využít v plném rozsahu, je důležité, aby při vzájemné komunikaci pacienta a zdravotníka rozuměli obsahu sdělení obě zúčastněné strany (Osborne, 2006).

Holčík (2010) ve své knize uvádí na základě studie ze Spojených států, že ti lidé, kteří mají nízkou zdravotní gramotnost, častěji uvádějí horší zdravotní stav a nerozumí ústním ani písemným informacím, které obdrží od zdravotnických pracovníků. Tito jedinci nedovedou dodržovat léčebný režim a ani jednat podle doporučení lékaře, nevyznají se ve zdravotnickém systému, a tudíž nedostávají náležité zdravotnické služby. Také více využívají pohotovostní služby, přicházejí pozdě k ošetření a to je důvod k jejich následné hospitalizaci. Osoby s nízkou zdravotní gramotností bohužel také podceňují preventivní opatření a nerespektují zásady zdravé životosprávy.

Hlavním přínosem zdravotní gramotnosti je napomáhání lidem zlepšovat jejich zdravotní stav. Zdravotní gramotnost posiluje schopnost občanů rozhodovat o jejich zdraví a o životě, ať už pozitivním či negativním směrem, podílí se na jejich sebedůvěře a také upevňuje jejich důstojnost i svéprávnost.

V Akčním plánu č. 12 Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 je jeden z dlouhodobých cílů zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti přinejmenším na průměrnou úroveň ostatních evropských zemí se záměrem reálného růstu zdravotní gramotnosti (MZ ČR, 2015). Je tedy zřejmé, že si společnost uvědomuje důležitost zvýšení zdravotní gramotnosti občanů.

3 ŽIVOTNÍ STYL

Český pedagogický psycholog Rudolf Kohoutek (2008b) definuje životní styl jako „[...] *individuální kognitivně-emocionálně-behaviorální schéma sociální percepce a jednání.*“

Podle Čeled'ové a Čevely (2010) obsahuje životní styl nejrůznější podoby dobrovolného jednání v daných životních situacích založených na osobité selekci z různých alternativ. Můžeme si zvolit zdravé alternativy z nabízejících se možností, nebo ty zdraví poškozující. Rozhodování člověka nemusí být vždy zcela svobodné. Záleží také na rodinných zvyklostech, ekonomických podmínkách, ale také na věku, vzdělání, zaměstnání, pohlaví a postojích každého člověka (Machová a Kubátová, 2015).

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Zdraví člověka ovlivňuje z 50 %. Mezi nejvýznamnější faktory zdravého životního stylu patří:

- **Psychofyzický faktor** zahrnující pohyb, výživu, harmonii emocí, péči o tělo, udržování imunity, pěstování pozitivního myšlení a zvládání stresových situací;
- **Ekologický faktor**, který je velmi individuální. Řadí se zde péče o přírodu a životní prostředí;
- **Kulturně tvořivý a pracovní faktor** obsahující vztah k práci, ekonomiku času a práce, zájem o umění a kulturu;
- **Sociálně-vztahový faktor** orientovaný na harmonizaci lidských vztahů, upevňování vztahů v rámci rodiny, úctu ke stáří, sociální adaptaci na nové podmínky;
- **Estetický a duchovní faktor** zaměřený na úctu k životu, víru a spiritualitu (Tichá, 2012).

Již mnoha studii bylo potvrzeno vztah mezi životním stylem a zdravím. Životní styl a chování jedince ovlivňují vznik nejrůznějších chorob a invalidit. Můžou vést také k předčasnému úmrtí (Kalman a kol., 2013).

Mezi rizikové faktory ovlivňující nejvíce naše zdraví Čeled'ová a Čevela (2010) na základě rozboru souvislostí mezi rizikovými faktory z oblasti chování a prevalencí nemocí řadí nadměrné užívání alkoholu, užívání drog, kouření, nesprávné stravovací návyky, nízká pohybová aktivita, sexuálně rizikové chování, stres a psychická zátěž.

Tichá (2012) zveřejnila ve své publikaci pět nemocí životního stylu:

- **Neradostný životní styl**

Jedinci při tomto způsobu života chybí pocit radosti a spokojenosti. Život je naplněn nepříjemnými závazky a pocity;

- **Zmatený životní styl**

V životě člověka se nepředvídaně střídá období stresu a nečinnosti. Tento způsob života může být způsoben životními okolnostmi;

- **Rizikový a stresující životní styl**

Životní styl plný rizikových a stresujících činností např. z důvodu výkonu povolání;

- **Predisponovaný životní styl**

Jedinec je v neustálém pohybu a shonu, bez možnosti odpočinku;

- **Prázdný životní styl**

Životní styl v tomto případě postrádá aktivitu, zájmy a zábavu. Život je naplněn nudou, prázdnotou a nečinností.

Kvalita zdraví jedince je podmíněna tím, do jaké míry dokáže využít vlastní schopnosti k obraně, udržení a rozkvětu svého vlastního zdraví a také jakou oporu nalezne v celé společnosti (Kalman a kol., 2013).

Pokud chceme žít zdravým životním stylem, měl by především v sobě zahrnovat určitou pravidelnost, správnou a vyváženou stravu s dostatkem tekutin, dostatečný pravidelný spánek, stálou přiměřenou pohybovou aktivitu, rovnováhu mezi povinnostmi a relaxací a určité preventivní chování a péči o zdraví.

„Životní styl jako jedna ze základních determinant zdraví, zahrnující nesprávnou výživu a nepravidelné stravovací návyky, nedostatek pohybové aktivity, nadměrnou konzumaci alkoholu, kouření a zneužívání návykových látek, má stěžejní význam pro rozvoj chronických neinfekčních onemocnění, která jsou nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Na významu neustále nabývají i sociální a ekonomické determinanty zdraví a problematika kvality života“ (Kalman a kol. 2011, s. 17).

Přestože v dnešní době lze předcházet nejrůznějším nemocem prostřednictvím zdravého životního stylu a chování a dokonce léčit choroby inovativními farmakologickými a chirurgickými intervencemi, obecná populace spoléhá spíše na zdravotní systém státu, než aby převzala zodpovědnost za své vlastní zdraví (Ratzan, 2001).

Životní styl je přitom pro zdraví jedince naprosto zásadní. Více než devět miliónů lidí na světě, kteří ještě nedovršili šedesáti let věku, se stanou ročně obětí nejrůznějších chronických neinfekčních onemocnění jednoznačně souvisejících s životním stylem. Finanční následky těchto onemocnění jsou pro společnost alarmující.

V následujícím textu se budeme blíže věnovat vybraným rizikovým aspektům životního stylu.

3.1 Alkohol

Alkohol vznikající kvašením sacharidů je bezbarvá tekutina. Ethanol používaný do alkoholických nápojů je jednoduchá chemická látka používaná také v lékařství jako rozpouštědlo a antiseptikum. Různé alkoholické nápoje obsahují ethanol v různé koncentraci. V pivu je obsaženo přibližně 3–8 %, ve vínu 8–14 % a v destilátech 40–60 % alkoholu (Machová a Kubátová, 2015).

Nadměrné dlouhotrvající pití způsobuje adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu. Jejím důsledkem je snížená odpověď na původně účinnou dávku, tedy vzrůst tolerance vedoucí ke stupňování dávek a později k rozvoji syndromu odnětí drogy (abstinenční syndrom) při přerušení pití. Rychlost vypěstování závislosti je ovlivněna dispozicí jedince, věkem začátku pití i způsobem zneužití alkoholu (Heller, Pecinová a kol., 1996).

Podle Kikalové a Kopeckého (2014) jsou zdravotními riziky chronického užívání alkoholu poruchy trávicího systému, jaterní cirhóza, zvýšené riziko propuknutí rakoviny jater, jícnu, střev a žaludku, poškození endokrinního systému, poruchy slinivky břišní, poruchy výživy, poruchy krevetvorby a srážení krve, poruchy oběhového systému, poruchy nervového systému a poruchy sexuální funkce. V případě těhotných žen hrozí plodu fetální alkoholový syndrom.

Alkohol jedinci často konzumují pro jeho účinky na nervovou soustavu. Vyvolává příjemné pocity, zvyšuje sebedůvěru, povzbuzuje chuť k jídlu, zahání nudu a odbourává stres (Machová a Kubátová, 2015). Karel Nešpor (2004b) uvádí změny pocitů a chování v závislosti na hladině alkoholu v krvi v tabulce prezentované níže.

Tabulka 1. Hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování (Nešpor, 2004b, s. 41)

Hladina alkoholu	Pocity	Chování
0,4 ‰	pocit uvolnění	vyšší riziko úrazů
0,6 ‰	změny nálady	zhoršený úsudek, zhoršená schopnost rozhodování
0,8 ‰	pocity tepla euforie	oslabení zábran, zhoršené sebeovládání, zhoršený postřeh, roste riziko úrazů
1,2 ‰	vzrušení a emotivnost	povídavost, roste riziko ukvapeného, impulzivního jednání
1,5 ‰	zpomalenost a otupělost	setřelá řeč, někdy sklon k násilnému chování
2,0 ‰	výrazná opilost	obtížná řeč, dvojité vidění, poruchy paměti, případně spánek
3,0 ‰	možnost bezvědomí	nereaguje na zevní podněty, ohrožen vdechnutím zvratků
4,0 ‰ a více	hluboké bezvědomí	riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení.

V závislosti na užívání alkoholu Kikalová a Kopecký (2014) uvádí tuto typologii osob:

- abstinenta odmítajícího všechn alkohol;
- konzumenta užívajícího alkohol příležitostně;
- pijáka konzumujícího alkohol pro jeho účinky na nervovou soustavu;
- alkoholika závislého na alkoholu.

Děti a mládež jsou užíváním alkoholu ohroženy dvojitým způsobem. Za prvé jsou v riziku jako oběti konzumace alkoholu ostatními jedinci, převážně zákonnými zástupci. Děti jsou ohroženy neustálým stresovým napětím, možným rozpadem rodiny, ale také zanedbáváním, týráním a zneužíváním. Za druhé jim hrozí následky způsobené samotným užíváním alkoholu (Machová a Kubátová, 2015).

Pro děti a mladistvé je alkohol mnohem nebezpečnější než pro dospělé jedince, a to z více důvodů. Tělesná hmotnost dětí je nižší a také jejich játra nejsou schopna odbourat

takové množství alkoholu jako u dospělých. U dětí se zvyšuje nebezpečí otravy alkoholem již malým množstvím. Závislost na alkoholu u nich vzniká také mnohem rychleji než u dospělých, a proto je běžné, že civilizované společnosti své nezletilé před negativními účinky alkoholu chrání. V České republice je stanovena věková hranice užívání alkoholu na osmnáct let věku zákonem. V naší společnosti je však běžné nedodržování této normy (Nešpor a Csémy, 2003).

Podle četných výzkumů má konzumace alkoholu a jiných drog negativní vliv na mozek dětí a dospívajících. Vlivem alkoholu může dojít k poškození paměti a schopnosti učit se. Poruchy paměti vzniklé v dospívání mohou vést k horším studijním výsledkům a pracovnímu uplatnění. Tato poškození mohou přetrvávat až do dospělosti dávno po ukončení užívání alkoholu a jiných drog. Kromě zhoršení paměti a schopnosti učit se, hrozí konzumentům riziko případných úrazů, dopravní nehody, otravy, sebevražedné chování, rizikové sexuální jednání, trestná činnost převážně násilného charakteru a rychlý rozvoj závislosti na alkoholu a drogách (Nešpor, 2004a).

Alkohol stejně jako tabák nebo marihuana je označován za tzv. průchozí drogu, tedy drogu, která u části dětí předchází užívání látek ještě více nebezpečných. Riziko škodlivého užívání drog je vyšší u dětí, které zahájily konzumaci alkoholu nebo kouření v mladším věku (Nešpor a Csémy, 2003).

Tým zahraničních odborníků prokázal, že rodiče podstatně ovlivňují to, zda budou jejich děti kouřit, pít nebo zneužívat jiné návykové látky (Nešpor, 2004a).

Mladí lidé během svého dospívání čelí mnoha náročným životním okamžikům. Následná tabulka nám uceleně prezentuje tyto jejich životní nároky a také, co jim pomáhá při jejich zvládnutí. V posledním sloupci jsou uvedeny účinky alkoholu a drog.

Tabulka 2. Životní nároky na mladistvé v kontextu účinků alkoholu a drog (Nešpor, 2004b, s. 65)

Životní nároky	Co pomáhá	Účinky alkoholu a drog
Studium nebo příprava na zaměstnání	Najít dobré učitele a vzory a získat od nich co nejvíce.	Vedou k nezájmu, lhostejnosti, zhoršují schopnost přesně myslet, dlouhodobě působí i poškození mozku.
Naučit se zacházet se sexualitou	Opatřit si kvalitní informace, spojit citový a sexuální život. Vhodná společnost, umění. Sebekontrolu v sexu zlepšují jóga, cvičení.	Citově otupují, přinášejí vyšší riziko problémů, jako jsou pohlavní nemoci a nechtěná těhotenství. Dlouhodobě působí ztrátu zájmu o sex.
Najít životní cíle a hodnoty	Dobré zájmy, společnost kvalitních lidí, organizace s dobrým programem jako je ochrana přírody, pomoc druhým nebo péče o zdraví. Duchovní život, spolupráce se zkušenými lidmi, kurzy, četba atd.	Vedou často k planému filozofování bez praktického účinku v životě a ke ztrátě dlouhodobých cílů. Později už jde jen o alkohol nebo o drogu.
Získat užitečné znalosti	Dobře se připravit na zaměstnání, najít si kvalitní přátele a zájmy.	Často působí zaostávání v různých oblastech života.
Získat jistotu ohledně svého vzhledu	Péče o čistotu a vzhled, případně porada s odborníkem, rozumné oblékání.	Zvyšují riziko kožních chorob, okrádají o čas, snižují tělesnou i duševní výkonnost a vedou k předčasnému stárnutí. Kouření čehokoliv poškozuje pleť.
Postupné osamostatňování se od rodiny	Dobří přátele a kvalitní vlastní zájmy. Vnímat rodiče jací jsou - jejich silné stránky i omezení.	Působí zpomalení vývoje, nesamostatnost a větší závislost na druhých lidech včetně rodičů.
Naučit se čelit zátěži, stresu, únavě	Zdravý způsob života, jóga, dostatek spánku, relaxace, cvičení, rozumná výživa, umět se svěřit a poradit atd.	Snižují odolnost, zvyšují riziko nemocí a úrazů.
Připravit se na život v moderní a rychle se měnící společnosti	Vzdělání, studium jazyků, zájem o dění a trendy ve světě.	Okrádají o čas, snižují duševní i tělesnou výkonnost a vedou k předčasnému stárnutí.
Naučit se chránit své zdraví a bezpečnost	Přiměřená opatrnost, schopnost předvídat, péče o svoji kondici, dobrá a bezpečná společnost, spolupráce se zdravotníky atd.	Úrazy, nemoci, trestná činnost pod vlivem alkoholu nebo drog nebo proto, aby si je člověk opatřil.

3.2 Kouření

Nejdůležitější aspektem u tabáku je uvědomit si, že stejně jako alkohol patří mezi látky způsobující závislost. Tabák totiž obsahuje návykovou látku nazývanou nikotin.

Kuřák z jedné cigarety vstřebá přibližně 1 mg nikotinu, při intenzivním kouření až 2–3 mg. Tabákový kouř obsahuje velké množství dalších škodlivých látek jako dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, ale i arsenid nebo kyanid. Závislost však vzniká jen na nikotinu (Nešpor a Csémy, 2003). Nikotin se prostřednictvím kouře vstřebává přes sliznici dýchacích cest i stěnu sklípků do krve, ovlivňuje mozek i receptory autonomního nervového systému. Dále zvyšuje tonus hladké svaloviny, sekreci žláz trávicího systému, krevní tlak a srdeční frekvenci (Kikalová a Kopecký, 2014).

Podle Machové a Kubátové (2015) je nejkritičtějším obdobím vzniku závislosti na nikotinu věk mezi jedenáctým až patnáctým rokem života. Vznik mladistvého kuřáka prochází několika stádii. Nejdříve děti začnou kouřit ve skupinkách společně, později dochází ke snižování počtu dětí a v konečném stadiu jsou samotní závislí jedinci.

Nejčastější formou užívání nikotinu jsou cigarety a v dnešní době i vodní dýmky. Tabák však lze užívat také prostřednictvím dýmek, doutníků a i šňupáním.

Při prvních experimentech s kouřením dochází k lehkým otravám nikotinem. Jedinec je pobledlý, objevuje se studený pot, nevolnost, zvracení, bolest hlavy a špatná nálada (Kikalová a Kopecký, 2014).

U závislého jedince při poklesu hladiny nikotinu v krvi nastupují abstinenční příznaky projevující se nutkavou touhou po cigaretě, špatnou náladou, podrážděností, neschopností soustředit se, nervozitou, úzkostí, poruchou spánku a zvýšenou chutí k jídlu (Machová a Kubátová, 2015).

Pravidelné kouření se projevuje typickými zažloutlými prsty, zhoršenou kvalitou pleti, kašlem, poklesem tělesné výkonnosti, bolestí žaludku a srdečními obtížemi. Dalšími možnými negativními důsledky jsou impotence u mužů, chronická zánětlivá onemocnění dýchacích cest, nádorová onemocnění, srdeční nemoci a nemoci cév dolních končetin (Nešpor a Csémy, 2003). Závislost na nikotinu stejně jako u ostatních drog má za následek i nemalé finanční náklady.

Samotné děti jsou kouřením ohroženy opět dvojnásobem, a to jako samotní uživatelé, ale také jako pasivní kuřáci, kteří jsou nedobrovolně vystaveni účinkům dýmu od kuřáků v jejich okolí.

3.3 Marihuana

Marihuanou lze označit směs vysušených listů, semen a květů indického konopí (Kikalová a Kopecký, 2014). Dalšími názvy, které lze použít pro marihuanu, jsou špek, gandža, tráva, brčko, rostlina, joint, hulení, zelí, marijánka, skunk, skéro a maruška (MARIHUANA.CZ, c2009).

Konopí pojímá účinnou látku tetrahydrokannabinol, zkráceně THC. Tato látka je mnohem účinnější a nebezpečnější nežli alkohol (Nešpor a Csémy, 2003). Množství látky THC obsažené v jednotlivých dávkách marihuany se může výrazně lišit, ale obecně lze konstatovat, že kvantum THC se v pěstovaných rostlinách zvyšuje (MARIHUANA.CZ, c2009). Droga se vylučuje z těla velice pomalu a má tendence ukládat se v tukových tkáních. Po vykouření jedné cigarety marihuany lze zjistit 40–50 % THC v buněčných membránách i po 4–8 dnech (Nešpor a Csémy, 2003).

Droga je užívána převážně ve formě cigarety tzv. jointa, ale lze ji přidat i k potravinám při přípravě různých jídel a uvařit z ní čaj (MARIHUANA.CZ, c2009). Marihuanu řadíme do skupiny tzv. lehkých drog nebo též do kategorie návykových látek s akceptovatelným rizikem. V dnešní době lze také zaznamenat aktivity spojené se snahami o legalizaci a dekriminizaci této drogy (Kikalová a Kopecký, 2014).

Mezi okamžité nežádoucí účinky marihuany lze zařadit zrychlený tep, pocity úzkosti a paniky, špatnou koordinaci pohybů, dezorientaci, zpomalené reakce a často také následné deprese a ospalost. Dlouhodobé užívání marihuany může způsobit nižší odolnost imunitního systému, dočasnou neplodnost, změny struktury spermatu, poruchy růstu, vyšší počet abnormálně vyvinutých buněk v těle, zánětlivá onemocnění dýchacího ústrojí, změny osobnosti a nálad, zhoršení paměti a schopnosti učit se, poškození mozku, vyšší riziko duševních poruch a nádorových onemocnění, nezáměr a apatii (Machová a Kubátová, 2015).

4 CHARAKTERISTIKA ŽÁKA ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Podle Školského zákona č. 561/2004 Sb. § 36 je školní docházka povinná pro děti, které před začátkem školního roku dosáhly šesti let, pokud jim nebyl povolen odklad. Povinná školní docházka trvá devět školních roků, nejdéle však do konce školního roku, ve kterém žák dosáhne sedmnácti let.

Zdravotně gramotné dítě by si mělo již při nástupu povinné školní docházky uvědomovat dopad svého životního stylu na své zdraví. Mělo by umět odlišovat mezi pozitivními a negativními činnostmi a mít zájem rozhodovat se prospěšně vzhledem ke svému zdraví (Zdravotní gramotnost, c2015).

Období školní docházky lze podle české psycholožky, odbornice na vývojovou psychologii, Marie Vágnerové (2012) rozčlenit na tři vývojová období:

- **Raný školní věk**
 - období trvající od nástupu povinné školní docházky do 9 let;
 - nástup nových sociálních rolí;
 - získávání nových schopností a dovedností – základy vzdělanosti;
- **Střední školní věk**
 - období trvající od 9 do 11 až 12 let;
 - příprava na období dospívání;
 - získání určité pozice v kolektivu;
 - období citové vyrovnanosti;
- **Starší školní věk**
 - žák na 2. stupni základní školy;
 - období od 11 do 15 let;
 - změna prožívání a uvažování;
 - začátek osamostatňování a odpoutávání od svých blízkých.

Český pedagog Václav Příhoda, zabývající se didaktikou a psychologií období školní docházky, naopak člení toto vývojové období na:

- **Prepubescenci**
 - období od 6 do 11 let;

- **Pubescenci**

- období od 11 do 15 let (in Šimíčková Čížková a kol., 2008).

Charakteristika období prepubescence

Důležité pro začátek tohoto období je dosažení školní zralosti a tedy nástup povinné školní docházky. Aby dítě zvládlo nově vzniklé nároky spojené se školními povinnostmi, je nutná určitá zralost centrální nervové soustavy. Pokud zralost není dostatečná, hrozí u dětí určitá emoční labilita, podrážděnost, nízký stupeň pozornosti a rovněž neuspokojivé studijní výsledky. Odklad školní docházky bývá u takových dětí nejlepším a nejsnadnějším řešením.

Děti v tomto období dokáží již rozlišovat různé sociální role a chovat se podle standartních norem společnosti. Myšlení školáka je vázáno na skutečný svět a vlastní zkušenost.

Pro mladší školní věk je typické přesvědčení o tom, že vše, co se děje, je z nějakého důvodu. Mají totiž potřebu porozumět světu a to mohou jen, pokud je vše jasné, srozumitelné a jisté. Nahodilost v nich totiž vzbuzuje pocit nejistoty, jelikož je pro ně obtížně pochopitelná (Vágnerová, 2012). Období prepubescence je vývojově klidné. Významnost a náročnost tohoto období vyplývá z adaptace dítěte na školu a tím spojené nové sociální role (Šimíčková Čížková a kol., 2008). S názorem vývojového klidu v tomto období naopak nesouhlasí klinická psycholožka se specializací na dětskou vývojovou psychologii Kateřina Thorová (2015), která považuje střední dětství za významnou vývojovou fázi ukrývající v sobě řadu vývojových úkolů. Jedinec si začíná uvědomovat svoji genderovou identitu, vytváří se sebepojetí a postoje ke vzdělávání.

Na začátku etapy bývá žák nekriticky soustředěn na autoritu, postupem času zaujímá k autoritám hodnotící postoj. Motorika se zrychluje, zpřesňuje a zdokonaluje. Koordinace oka a pohybu se zpřesňuje (Šimíčková Čížková a kol., 2008).

Charakteristika období pubescence

Období první fáze dospívání vyznačující se specifickými tělesnými změnami spojenými s pohlavním dozráváním. Jedinec se mění z dítěte na člověka schopného

reprodukce. Tyto významné změny často vedou k pocitům nejistoty. Dospívající se stále více osamostatňují od rodiny a vrstevnické skupiny v jejich životě hrají stále významnější role.

Emancipace dospívajících umožňuje a přispívá k rozvoji kompetencí, jimiž ostatním i sami sobě postupně dokazují zvyšování své nezávislosti. Získání vlastní kompetentnosti dává dospívajícím větší pocit jistoty (Vágnerová, 2012). Jedinec se snaží v tomto období dosáhnout nové, pro něho přijatelné, pozice ve světě.

Jedinec se více zabývá svou vlastní osobou, začíná hledat smysl života, objevují se úvahy o budoucím životě a profesní orientaci (Šimíčková Čížková a kol., 2008). Na konci povinné školní docházky si jedinec musí vybrat, kam se dále bude ubírat jeho život, a to výběrem návazné školy.

Dospívající, jehož myšlení vzhledem k vývoji kognice dosáhlo stádia formálního myšlení, je schopen vymezit si cíle pro vlastní formování osobnosti (Šimíčková Čížková a kol., 2008). Emoční prožívání bývá intenzivní, krátkodobé a velice proměnlivé. Proto je pro dospělé velice problematické předvídat reakce dospívajících. Nepřiměřené emoční reakce na podměty často překvapí samotné pubescenty. Proto obvykle následuje další zhoršení nálady a výkyvy v chování působící na okolí rušivě (Vágnerová, 2012). Vyzývavé chování dospívajících a tzv. oťukávání reakcí dospělých se může jevit pro okolí poněkud naivně a nezrale. Tyto aktivity však slouží pubescentům ke zdokonalování sociálních dovedností a k získávání sociálních zkušeností, a to především v bezpečném prostředí, tedy vůči blízkým osobám, slabším jedincům ve vrstevnické skupině, nebo členům jiných vrstevnických skupin. V rámci prevence vzniku konfliktních situací je nutné pubescentům aktivně s rozvojem sociálních dovedností pomáhat (Thorová, 2015).

5 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

V této kapitole pojednáváme o vymezení pojmu rizikového chování, jeho klasifikaci, důvodech a faktorech vedoucích k rizikovému chování a o případných následcích, jež se mohou při tomto chování vyskytnout. Taktéž se věnujeme nezbytné prevenci, jejímu vymezení, členění, systému a prevenci s ohledem na školní prostředí.

5.1 Definice rizikového chování

Podle Miovského (2012) pojem rizikové chování v sobě obsahuje nejrozmanitější vzorce jednání mající nežádoucí dopady na zdraví, ale také na sociální či psychologické fungování jedince. Tyto aktivity rovněž ohrožují sociální okolí. *„Rizikové chování představuje různé typy chování, které se pohybují na škále od extrémních projevů chování „běžného“ (např. provozování adrenalinových sportů) až po projevy chování na hranici patologie“* (Polínek, 2015, s. 12).

Rizikové chování je považováno za nežádoucí a znepokojující s ohledem na normy a autority dané společnosti. Společenské instituce mají snahu rizikové chování regulovat nejrůznějšími aktivitami (Miovský a kol., 2010).

Za rizikové chování lze považovat kterékoliv cílené jednání či aktivitu člověka, které může zapříčinit smrt, zranění, trvalé zdravotní následky, snížení kvality života, zhoršení psychiky, ale i ekonomické a hmotné škody. Toto cílené jednání provádí jednatel samostatně nebo ve skupině osob (Ambrožová a kol., c2007).

Vzorce rizikového chování, včetně jejich existence a důsledků, lze považovat za komplex jevů, jež nám umožňují podrobit je nejenom vědeckému bádání, ale i usměrňovat je preventivními a léčebnými intervencemi (Rizikové chování, 2010).

Bohužel jedinec chovající se rizikově v jedné oblasti, má tendence jednat rizikově i v jiných činnostech. Z tohoto důvodu se vytváří určitá propojenost jednotlivých rizikových projevů chování mající podobu nezdravého životního stylu. Tento stav, kdy jednotlivé formy rizikového chování se u jedince objevují současně, nazýváme syndrom rizikového chování (Miovský, 2012).

U rizikového chování v nejrůznějších podobách lze vysledovat znaky jako chování orientované proti vlastní osobě nebo proti skupině, míra rizika v přímém vztahu ke stáří dítěte

a k jeho sociální příslušnosti, chování zahrnující především narušení vztahů k vlastní osobě, vrstevníkům, rodinným příslušníkům apod., chování založené na agresivních klíčích mající emocionální povahu, rizikové chování prostoupeno kulturní ritualizací, ne vždy uvědomovanou (Rizikové chování, 2010). Rizikové chování přináší dospívajícím určité pozitivum, ve formě uspokojení určité jeho vývojové potřeby, z tohoto důvodu je velice náročné dosáhnout změny v chování těchto dospívajících (Machová a Kubátová, 2015).

5.2 Klasifikace rizikového chování

Mezi typy rizikového chování se řadí podle Kikalové a Kopeckého (2014): problémové chování ve škole jako záškoláctví, šikana a extrémní projevy agrese, rizikové chování v dopravě a extrémně rizikové sporty, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, rizikové sexuální chování, závislostní chování, problémy spojené se syndromem CAN a rizikové stravovací návyky.

Níže uvedená tabulka nás blíže seznamuje s klasifikací rizikových aktivit.

Tabulka 3. Rizikové aktivity (Ambrožová a kol., c2007, s. 5)

MEZI RIZIKOVÉ AKTIVITY PATŘÍ	
<p>Extrémní a adrenalinové sporty</p> <p>I extrémní sporty lze jistě dělat poměrně bezpečně. Problém nastává, když se do takových aktivit pouštějí amatéři bez patřičného vybavení.</p>	<p>Bungee-jumping, rafting, sjezdy na kolech, bojové sporty, horolezectví, alpinismus</p>
<p>Adrenalinové a hazardní hry</p> <p>Se skutečným sportem nemají nic společného. Jde o vědomé hazardování a riskování pro pocit vzrušení, nebezpečí. V podstatě jiná varianta „ruské rulety“.</p>	<p>Sprejerství, lezení na budovy, darkeři, závodění na silnici, přebíhání přes silnici před kamionem</p>
<p>Experimentování a riskování</p> <p>Většinou z nedbalosti, kvůli pohodlí, touze být někde dřív, předvést se, nebo z nedostatku znalostí rizik mladí lidé dělají mnoho činností, které mohou končit špatně až tragicky.</p>	<p>Dopravní nehody, výbušniny, třaskaviny, chůze po kolejích, přecházení mimo přejezdy, lezení na vagóny a sloupy elektrického vedení, přebíhání silnic a dálnic, jízda na neosvětleném kole, stopování, schůzky na slepo, pozdní návraty, brigády v zahraničí, castingy, chat a internet</p>

<p>Zneužívání drog a alkoholu a další závislosti</p> <p>Snížené ovládnání, útlum nebo agresivita, stejně jako nutnost opatřit si další drogu vede mladé lidi k nejrůznějšímu rizikovému a protiprávnímu chování.</p>	<p>Alkohol, kouření tabáku a marihuany, taneční drogy, tvrdé drogy, gambling, počítačové hry, lékové závislosti</p>
<p>Vztahy a sex, promiskuita, prostituce, sexuální zneužívání</p> <p>Rizikové chování v sexuální oblasti může mít stejně nedozírné následky jako jiné formy rizikového chování.</p>	<p>Rizikové sexuální chování, nezvládnuté vztahy, rozchody, předčasný sex, nechtěné těhotenství dětí a mladistvých, pohlavní choroby</p>
<p>Šikana, vzájemná agrese, násilí</p> <p>Šikana může leckdy vyústit v těžké ublížení na zdraví, pokus o sebevraždu, vždy má však za následek těžkou psychickou újmu.</p>	<p>Ublížení oběti agresory, psychické týrání, sebevražda oběti, útok proti agresorovi, rvačky</p>
<p>Protiprávní jednání a kriminalita</p> <p>Mladiství si často neuvědomují, že jejich rizikové chování je již samo porušením zákona, nebo že může mít velice vážné následky i právní.</p>	<p>Krádeže, vandalismus, padělání bankovek, softwarové pirátství, nelegální kopírování videa a hudby</p>
<p>Další rizikové jevy a problémy u dětí a mladistvých</p>	<p>Poruchy příjmu potravy, sekty</p>

5.3 Důvody, faktory a následky rizikového chování

Důvodem pro rizikové chování dětí a mládeže mohou být nejrůznější skutečnosti. Děti se mohou **vědomě rozhodnout k rizikovému chování**, často si tímto způsobem testují vlastní limity. Dobrovolně se rozhodují např. pro adrenalinové a extrémní sporty a nebezpečné diety. **Rizikové chování může být realizováno rovněž pod tlakem skupiny.** Jedinec jedná z důvodu touhy po uznání či strachu ze ztráty sociální opory. Řadí se zde šikana, krádeže, iniciační rituály pro přijetí do skupiny vrstevníků a experimentování s návykovými látkami. Rizikové chování může nastat také při **neuvědomění si rizika dané situace** nebo neochotě vzdát se daného prožitku. Mezi tento druh rizikového chování patří jízda stopem, rande na slepo, chatování s neznámou osobou apod. (Miovský, 2012).

Každý jedinec má jinou dispozici k rizikovému chování. Na rizikové chování mají vliv nejrůznější faktory, jež lze dělit na protektivní a rizikové. Protektivní faktory zabraňují vzniku rizikového chování, naopak rizikové faktory vzniku přispívají.

Faktory mající vliv na vznik rizikového chování lze taktéž dělit do pěti skupin na biologické faktory, faktory sociálního prostředí, faktory percipovaného prostředí, faktory osobnosti a faktory chování. V níže uvedené tabulce jsou uvedeny a více rozepsány tyto systémy.

Tabulka 4. Faktory podílející se na vzniku rizikového chování (Jessor in Miovský a kol., 2010, s. 35)

Biologický systém	Sociální prostředí	Percipované prostředí	Osobnost	Chování
Rizikové faktory - alkoholismus v rodinné anamnéze	Rizikové faktory - nízký SES - sociální vyloučení - sociální znevýhodnění	Rizikové faktory - modely rizikového chování - normativní konflikt mezi rodiči a vrstevníky	Rizikové faktory - vnímání snížených životních šancí - nízké sebehodnocení - sklon riskovat	Rizikové faktory - problémové pití - školní neúspěšnost
Protektiv. faktory - intelekt v pásmu nadprůměru	Protektiv. faktory - kvalitní škola - soudržnost rodiny - dobrá lokalita bydliště - pozitivní vzory dospělých	Protektiv. faktory - modely konvenčního chování - zvýšená kontrola rizikového chování	Protektiv. faktory - hodnotový systém zahrnující hodnoty zdraví a úspěchu - netolerantní postoj k rizikovému chování	Protektiv. faktory - religiozita - aktivní zapojení do činností školy nebo zájmových spolků

Rizikové chování v sobě zahrnuje nebezpečí nejrůznějších následků. Z tohoto důvodu je důležité dětem a mladistvým přijatelnou formou vysvětlit možná rizika. Děti a mladiství by se měli směřovat k sociálně žádoucím a hodnotným zájmovým aktivitám jako např. umělecké, tělovýchovné a sportovní činnosti. Rodiče, ale i do jisté míry škola, by měli mít přehled o trávení volného času dětí a o hospodaření s jejich financemi – kapesným (Kohoutek, 2008a).

Rizikové chování dětí a mládeže může mít **zdravotní následky** jako drobné běžné úrazy, těžké úrazy a trvalé následky. U jedinců se mohou vyskytnout i **psychické problémy** projevující se pocity smutku, beznaděje, úzkosti a změnami nálad. Dále se mohou projevovat

rovněž neadekvátním sebeobrazem, depresivitou, ztrátou životního smyslu a cíle, bolestí břicha, hlavy, poruchou spánku, poruchou příjmu potravy, zažívacími potížemi, snížením imunity, narušením mravního vývoje, sebevražednými tendencemi, sebepoškozováním a závislostním chováním. Rizikové chování může způsobit rovněž i **ekonomické (hmotné) následky** tedy výdaje zapříčiněné léčbou vzniklých úrazů, závislostí apod. Mezi tyto následky řadíme i hmotné škody vzniklé při rizikovém chování, výdaje způsobené úhradou škody, výdaje spojené s péčí o jedince s handicapem a zkrácení produktivního období jedince pro společnost. Další kategorie následků rizikového chování je **psycho-sociální**. Jedinci získávají negativní společenskou nálepku, zůstávají osamoceni a vyčleněni z vrstevnických skupin, selhávají ve škole, snižuje se jim možnost uplatnit se ve společnosti a získat budoucí zaměstnání. Často se objevují problémy s navazováním a udržováním adekvátních vztahů. Poslední skupinu tvoří **sociálně-právní a trestně-právní následky**. U dětí a mládeže v návaznosti na rizikové chování často bývá doporučen pobyt v diagnostickém ústavu, nařízena ústavní či ochranná výchova nebo zahájeno trestní stíhání (Ambrožová a kol., c2007).

Ministerstvo mládeže a tělovýchovy se ve své Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018 (MŠMT ČR, 2013b) zaměřuje především na tyto projevy rizikového chování:

- **Interpersonální agresivní chování zahrnující v sobě agresivní chování, různé podoby šikany** jako kyberšikana a jiné rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií. Dále také nejružnější formy násilí, nesnášenlivosti, antisemitismu, extremismu, rasismu a xenofobie a homofobie;
- **Delikventní chování ve vztahu k hmotným statkům** jako je vandalismus, krádeže, sprejerství a další aktivity nerespektující dané normy;
- **Neplnění povinné školní docházky**, která je v České republice stanovena na deset let, a záškoláctví;
- **Závislostní chování** zahrnující v sobě nejen užívání všech druhů návykových látek, ale také netolismus, gambling apod.;
- **Rizikové sportovní aktivity a rizikové chování v dopravě** charakteristické záměrným vystavováním sebe nebo druhých nepřiměřeně vysokému riziku poškození zdraví či hrozícímu nebezpečí ztráty života v rámci aktivit v oblasti sportu a dopravy (Mioviský a kol., 2015);

- **Spektrum poruch příjmu potravy** projevující se patologickým chováním v oblasti jídla a vnímáním vlastního těla s mnoha dalšími somatickými, psychologickými a sociálními následky. Nejčastěji se vyskytující ve formě mentální anorexie a mentální bulimie;
- **Negativní působení sekt** v rámci prevence lze vymezit jako soubor psychologických, sociálních, ekonomických a dalších důsledků působení sekty. Tedy působení určité ohraničené sociální skupiny spojující členy určitým ideologickým konceptem;
- **Sexuální rizikové chování** je soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a přinášející pro jedince prokazatelná rizika v nejrůznějších oblastech. Mezi sexuální rizikové chování lze zařadit nechráněný pohlavní styk, promiskuitní chování, rizikové sexuální praktiky, sexuální zneužívání, zveřejňování intimních materiálů na internetu či jejich zasílání prostřednictvím mobilního telefonu apod. (Miovský a kol., 2015).

5.4 Prevence

„Slovo prevence je latinského původu a znamená opatření učiněné předem, včasnou obranu nebo ochranu“ (Nešpor a kol., 1999, s. 6). Pod pojmem prevence si lze představit jakékoliv postupy či aktivity směřující k minimalizaci a předcházení rizikových projevů chování a jejich důsledkům (MŠMT ČR, 2013b).

Prevence se dělí na primární, sekundární a terciální. **Primární prevence** má za úkol předcházet nežádoucím jevům u jedinců bez viditelných problémů. **Sekundární prevence** se zabývá aktivitami sloužícími k předcházení, rozvoji a přetrvávání negativních jevů rizikového chování. **Terciální prevence** mírní následky plynoucí z negativních jevů ve zdravotní i sociální sféře.

Primární prevenci lze dále klasifikovat na specifickou a nespecifickou. **Specifická prevence** v sobě skrývá činnosti a programy sloužící k předcházení rozvoji a výskytu jednotlivých forem rizikového chování (PREVENCE-INFO.CZ, c2010–2016). **Nespecifická prevence** se naopak zabývá aktivitami a programy, které nejsou cíleny na konkrétní formu rizikového chování (Kikalová a Kopecký, 2014). Obsahuje všechny činnosti podporující zdravý životní styl a pozitivní sociální chování, a to za pomoci smysluplně tráveného volného času. Snaží se podporovat zdravý rozvoj osobnosti a odpovědnost za vlastní jednání

(PREVENCE-INFO.CZ, c2010–2016). V souvislosti s cílovou skupinou se primární prevence dále dělí na **všeobecnou primární prevenci** zaměřenou na činnosti a programy směřované k celé populaci, **cílenou – selektivní primární prevenci** zahrnující činnosti a programy zaměřené na konkrétní skupiny ve společnosti a **indikovanou primární prevenci** cílenou na aktivity a programy na konkrétního jedince s projevy rizikového chování (Polínek, 2015).

Společnost nyní vkládá nemalé úsilí do primární prevence ve všech oblastech, jelikož finance vložené do efektivní primární prevence jsou o mnoho nižší než náklady spojené s případnou následnou léčbou. Prevenci je možno pokládat za nejúčinnější a nejlevnější řešení nežádoucích jevů. Aby prevence rizikového chování byla účinná, je nezbytné dodržovat základní zásady efektivní prevence jako komplexnost a kombinaci různorodých strategií, návaznost působení a systematickosti, cílenost a přiměřenost, včasný začátek, pozitivní orientace, KAB model, peer prvek, denormalizaci, rozvíjení protektivních faktorů a používání jen účinných prostředků (Mioviský a kol., 2010).

5.4.1 Systém prevence

V systému prevence v České republice rozlišujeme dvě úrovně koordinace prevence – horizontální a vertikální.

Na horizontální úrovni má klíčovou úlohu Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), jelikož podporuje a koordinuje spolupráci při plnění primární prevence v oblasti rizikového chování s ostatními resorty jako především s Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem vnitra a Úřadem vlády ČR (Polínek, 2015). Na vertikální úrovni Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy metodicky vede a koordinuje aktivity krajských školských koordinátorů prevence, metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách a školní metodiky prevence. Vertikální úroveň prevence nám zachycuje níže uvedená tabulka 5.

Tabulka 5. Vertikální úroveň prevence (MŠMT ČR, 2013b, s. 13)



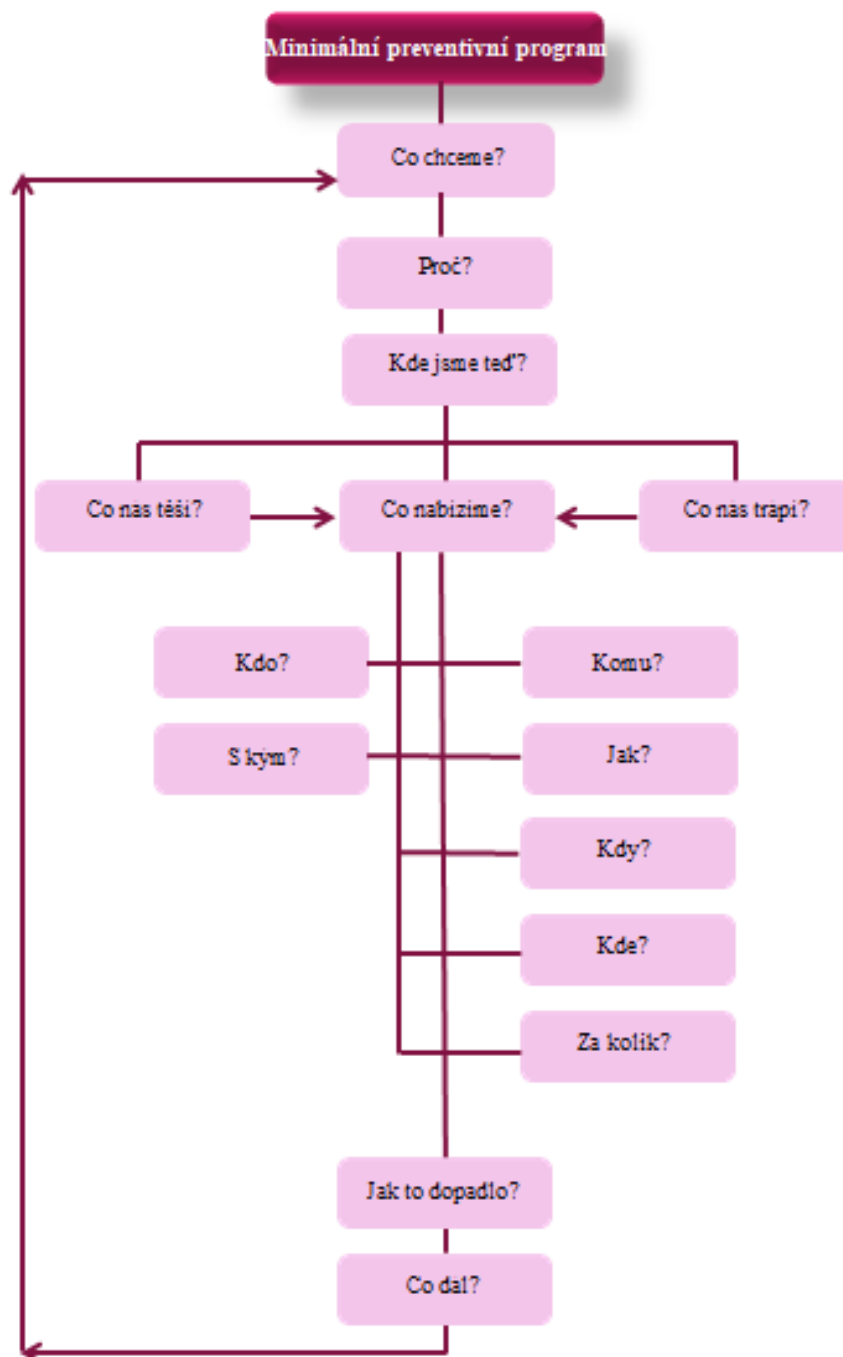
Jak již vyplývá z výše uvedené tabulky 5, klíčovou úlohu ohledně prevence rizikového chování má Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. MŠMT plní v rámci prevence rizikového chování několik významných úkolů. Jeho úkolem je sestavování základních strategií v daných oblastech, stanovení priorit na dané budoucí období, vytváření a zajištění vazeb a struktury subjektů podílejících se na realizaci vytyčených priorit. V neposlední řadě ministerstvo podporuje vytváření finančních, materiálních a personálních podmínek, jež jsou nezbytné pro uskutečňování vlastní prevence ve školství včetně zajištění nepostradatelné metodické podpory (MŠMT ČR, 2013b).

5.4.2 Prevence na školách

Hlavním nástrojem školní prevence je minimální preventivní program (MPP). Podle vyhlášky č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb na školách a školských poradenských zařízeních, odst. 3, má minimální preventivní program za úkol především oddalovat či snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat dovednosti dětí činit správná rozhodnutí. Měl by mít dlouhotrvající vliv na změnu chování. Realizaci školního minimálního preventivního programu (ŠMPP) má na starosti školní metodik prevence, který při tvorbě koordinuje a vede ostatní pedagogické pracovníky školy.

Školní minimální preventivní program zpracovává školní metodik prevence na každý školní rok. Jeho vyhodnocení je součástí výroční zprávy o činnosti školy.

Při tvorbě ŠMPP je nutné brát zřetel na kulturní nebo sociální okolnosti, na strukturu školy a školního prostředí. Jako pomůcka při přípravě a tvorbě logicky strukturovaného ŠMPP školním metodikům prevence může posloužit obrázek 4.



Obrázek 4. Pomůcka při přípravě a tvorbě MPP (Miovský a kol., 2010, s. 104)

Minimální preventivní program by se měl opírat o všeobecné zásady efektivní primární prevence. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT ČR, 2013a) zveřejnilo jejich souhrn na svých stránkách. Patří mezi ně:

- rané aplikování preventivních činností a programů;
- používání metod věkově přiměřených, rozdílných a aktivizujících;
- aktivní podpora žádoucího chování a vhodných životních cílů;
- začleňování peer prvků;
- nácvik sociálně psychologických dovedností – umění říci ne;
- aktivní podpora smysluplného trávení volného času;
- uvědomování a respektování rizikových faktorů;
- podávání aktuálních a pravdivých informací;
- seznámení s možnostmi poradenských služeb;
- následná nutnost hodnocení efektivity opatření (MŠMT ČR, 2013a).

6 HBSC STUDIE O ŽIVOTNÍM STYLU

HBSC studie tedy Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Collaborative Cross-National Study je mezinárodní výzkumná studie věnovaná zdraví a životnímu stylu dětí a školáků. V Evropě byl soustavný mezinárodní výzkum forem chování, které ovlivňuje zdraví dětí a mládeže započat v roce 1982. Tento program následně převzala Světová zdravotnická organizace jako kolaborativní studii (Kalman a kol, 2013).

Cílem Světové zdravotnické organizace je vybudovat lepší a zdravější budoucnost pro lidi po celém světě. Prostřednictvím pracovišť ve více než 150 zemích pracují pracovníci WHO vedle vlád a dalších partnerů, aby zajistili nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví pro všechny lidi. Snaží se bojovat proti infekčním onemocněním, jako je chřipka a HIV a rovněž neinfekčním, jako je rakovina a srdeční onemocnění (WHO, 2017).

Výzkumné šetření se opakuje každé čtyři roky. Česká republika se výzkumu zúčastnila poprvé v roce 1994 spolu s dalšími dvaceti čtyřmi převážně evropskými státy (Kalman a kol, 2013). Každý stát účastnící se HBSC studií musí mít sestavený národní řešitelský tým v rozsahu deseti členů. V současnosti je v České republice hlavním řešitelem HBSC studie Mgr. Michal Kalman, Ph.D. působící na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci.

Mezinárodní HBSC studie o životním stylu dětí a školáků jsou velmi rozsáhlé, zabývají se specifickými oblastmi chování majícími významný vliv na duševní a tělesné zdraví dětí. Mezi tato témata patří zejména dítě a jeho sociální prostředí, stravovací a pohybové zvyklosti, volnočasové aktivity, životní spokojenost, kouření cigaret, pití alkoholických nápojů, užívání marihuany, úrazovost apod.

Všichni víme, že naše chování a způsob života ovlivňuje ve významné míře naše zdraví. Z tohoto důvodu se tato studie věnuje determinantům životního stylu jako stravovacím návykům, pohybové aktivitě, volnočasovým aktivitám a rizikovému chování – kouření alkoholu, marihuaně apod. Tyto determinanty jsou začleněny do sociálního prostředí dětí.

Chování a způsob životního stylu v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Přitom mnoho chronických neinfekčních onemocnění je negativně ovlivňováno právě nesprávným životním stylem tedy např. nadměrným kouřením, užíváním návykových látek, pohybovou inaktivitou a špatnou životosprávou.

Z hlediska veřejného zdraví je nezbytné monitorování výskytu behaviorálních komponent, jež ovlivňují zdraví dětí a mladistvých. Mladí jedinci projevující se specifickými rizikovými faktory by se měli stát cílovým souborem pro prevenci v oblasti podpory zdraví (Kalman a kol., 2013). Poznatky a data získané ze studií věnujících se této problematice poskytují podklady k monitorování zdraví a životního stylu dětí a školáků, a tedy i důležité informace pro tvorbu efektivních strategií, politik a preventivních programů.

Stát obecně odpovídá za vytvoření autoritativních rozhodovacích orgánů, které činí kolektivní rozhodnutí, jež se stávají zákony a ovlivňují společnost jako celek. S novými technologiemi, rozostřením hranic jednotlivých států a decentralizací rozhodování se globalizace stala novou moderní mantrou představující jedinečné příležitosti. Zdraví se stává základní součástí globální občanské společnosti (Ratzan, 2001).

7 METODIKA PRÁCE

V této kapitole diplomové práce se zaměřujeme na stanovení výzkumných problémů a následně hypotéz a výzkumných předpokladů našeho šetření. Část je také věnovaná charakteristice výzkumného souboru a seznámení s použitou výzkumnou metodou.

7.1 Cíle výzkumu, výzkumné problémy a hypotézy

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je zjistit vztah žáků vybraných základních škol k užívání návykových látek v kontextu jejich životního stylu.

Dílčí cíle

- Porovnat výsledky z výzkumného šetření s daty z HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků.
- Zjistit užívání návykových látek u žáků v závislosti na jejich sociální situaci.
- Zjistit povědomí žáků o prevenci návykových látek na jejich školách.
- Zjistit, zda se liší užívání návykových látek u chlapců a dívek.

Výzkumné problémy a hypotézy

Výzkumné problémy (VP) jsme formulovali v tázací podobě, jelikož podle Chrásky (2007) je výzkumný problém správně stylizovaný, pokud je ve formě otázky vyjadřující vztah mezi proměnnými. Odpověďmi na níže formulované výzkumné problémy jsou následující hypotézy (H) a výzkumné předpoklady (VPř).

VP1: Liší se výsledky našeho výzkumného šetření v roce 2017 s daty publikovanými v HBSC studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010?

H₁: V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H₀: V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v roce 2010.

H_A: V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v roce 2010.

H₂: V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H₀: V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v roce 2010.

H_A: V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v roce 2010.

H₃: V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H₀: V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v roce 2010.

H_A: V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v roce 2010.

H₄: V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v roce 2010.

H_A : V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v roce 2010.

H_5 : Četnost užití marihuany během dosavadního života žáků je v roce výzkumu 2017 menší než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : V četnosti užívání marihuany během dosavadního života žáků není v roce výzkumu 2017 a 2010 statisticky významný rozdíl.

H_A : Četnost užití marihuany během dosavadního života žáků je v roce výzkumu 2017 statisticky významně menší než v roce 2010.

H_6 : Četnost užití marihuany za poslední rok života žáků je v roce výzkumu 2017 menší než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : Mezi užíváním marihuany za poslední rok a rokem výzkumu 2017 a 2010 není statisticky významný rozdíl.

H_A : Četnost užití marihuany za poslední rok života žáků je v roce výzkumu 2017 statisticky významně menší než v roce 2010.

VP2: Existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich sociální situací?

H_7 : Žáci, žijící v neúplné struktuře rodiny, mají větší (častější) zkušenost s alkoholem než žáci žijící v úplné rodině.

H_0 : Mezi zkušeností s alkoholem u žáků žijících v neúplné struktuře rodiny a žáky žijícími v úplné rodině není statisticky významný rozdíl.

H_A : Žáci, žijící v neúplné struktuře rodiny, mají statisticky významně větší (častější) zkušenost s alkoholem než žáci žijící v úplné rodině.

H_g: Žáci, uvádějící šest a více opravdu blízkých kamarádů, mají větší (častější) zkušenosti s kouřením.

H₀: Mezi zkušeností s kouřením a uvedeným počtem šest a více opravdu blízkých kamarádů není statisticky významný rozdíl.

H_A: Žáci, uvádějící šest a více opravdu blízkých kamarádů, mají statisticky významně větší (častější) zkušenosti s kouřením.

VP3: Existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich uváděným povědomím o prevenci návykových látek na jejich školách?

VPř1: Žáci na školách, kde probírali problematiku návykových látek, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

VPř2: Žáci na školách, kde je ve školním řádu zahrnuta problematika návykových látek, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

VPř3: Žáci na školách, kde se setkali s nějakým druhem prevence návykových látek, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

VPř4: Žáci na školách, které mají sestavený školní minimální preventivní program, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

VPř5: Žáci na školách, kde je/znají školního metodika prevence, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

VP4: Liší se užívání návykových látek u chlapců a dívek?

H_g: Chlapci v současnosti konzumují nějaký druh alkoholu častěji než dívky.

H₀: Mezi konzumací nějakého druhu alkoholu není u dívek a chlapců v současnosti statisticky významný rozdíl.

H_A : Chlapci v současnosti konzumují nějaký druh alkoholu statisticky významně častěji než dívky.

H_{10} : Dívky v současnosti kouří častěji než chlapci.

H_0 : Mezi kouřením v současnosti není u dívek a chlapců statisticky významný rozdíl.

H_A : Dívky v současnosti kouří statisticky významně častěji než chlapci.

VPř6: Mezi konzumací piva v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

VPř7: Mezi konzumací vína v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

VPř8: Mezi konzumací lihovin v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

VPř9: Mezi konzumací míchaných nápojů v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor žáků byl vytvořen záměrným stratifikovaným výběrem, který proběhl na základě charakteristik základních škol jako počet obyvatel, vesnický typ škol a počet žáků navštěvující danou školu. V rámci plánovaného výzkumu jsme oslovili tři základní školy v olomouckém regionu a všechny s účastí na výzkumném šetření souhlasily. V případě jedné základní školy byl zákonným zástupcům poslán k podpisu informovaný souhlas s naším výzkumným šetřením. Všichni zákonní zástupci s výjimkou jednoho rodiče dali svolení s účastí svého dítěte na výzkumu.

Výzkumné šetření proběhlo, stejně jako v HBSC studiích, v 5., 7. a 9. třídách vybraných základních škol. Výzkumu se zúčastnilo celkem sto třicet šest žáků. Žáci byli ve věkové kategorii deset až patnáct let věku. Z výzkumného šetření jsme vyřadili dva dotazníky z důvodu nedostatečného či nesprávného vyplnění a čtyři dotazníky z důvodu věku respondentů. Do výzkumu jsme tedy nakonec zařadili sto třicet dotazníků. V tabulkách níže upřesňujeme charakteristiku zkoumaného souboru podle pohlaví, věkových kategorií

a jednotlivých škol. Z etických důvodů v rámci zachování anonymity byly základní školy účastníci se výzkumného šetření označeny: škola „A“, škola „B“ a škola „C“.

Tabulka 6. Složení výzkumného vzorku podle věkových kategorií

Složení výzkumného vzorku podle věkových kategorií		
Věkové kategorie	Absolutní četnost (dále „n“)	Relativní četnost (dále „%“)
11 let	44	34
13 let	51	39
15 let	35	27
Celkem	130	100

Komentář k tabulce 6.

Do věkové kategorie jedenáct let (žáci navštěvující 5. třídu) jsou zařazeni všichni žáci ve věku jedenáct a deset let. Žáci ve věku dvanáct let jsou do této skupiny zařazeni, jelikož ve školním roce 2017/2018 dosáhnou věku jedenáct let. Do věkové kategorie třináct let (žáci navštěvující 7. třídu) jsou zařazeni všichni žáci ve věku třináct a dvanáct let. Žáci ve věku dvanáct let jsou do této skupiny zařazeni, jelikož ve školním roce 2017/2018 dosáhnou věku třináct let. Do věkové kategorie patnáct let (žáci navštěvující 9. třídu) jsou zařazeni všichni žáci ve věku patnáct a čtrnáct let. Žáci ve věku čtrnáct let jsou do této skupiny zařazeni, jelikož ve školním roce 2017/2018 dosáhnou věku patnáct let.

Tabulka 7. Složení výzkumného vzorku podle věkových kategorií a pohlaví

Složení výzkumného vzorku podle věkových kategorií a pohlaví						
Věkové kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
11 let	18	14	26	20	44	34
13 let	27	21	24	18	51	39
15 let	13	10	22	17	35	27
Celkem	58	45	72	55	130	100

Komentář k tabulce 7.

Tabulka nám pomáhá zpřehlednit výzkumný vzorek. Udává nám počet chlapců a dívek v závislosti na jejich věku. Jak uvádí tabulka, výzkumného šetření se účastnilo jen třicet pět žáků patřící do kategorie patnáct let věku, což odpovídá 27 % z celkového počtu respondentů. Tento efekt byl způsoben absencí žáků 9. tříd, jelikož v době výzkumu se někteří účastnili různých exkurzí v rámci jejich budoucí profesní orientace.

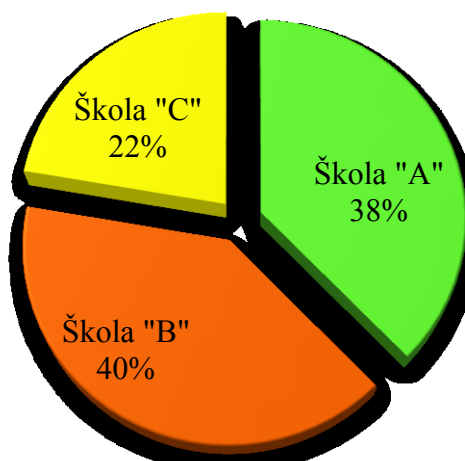
Tabulka 8. Složení výzkumného vzorku podle pohlaví a škol

Složení výzkumného vzorku podle pohlaví a škol						
Pohlaví	Škola „A“		Škola „B“		Škola „C“	
	n	%	n	%	n	%
Chlapci	21	43	24	46	13	45
Dívky	28	57	28	54	16	55
Celkem	49	100	52	100	29	100

Komentář k tabulce 8.

Tabulka nám umožňuje se lépe orientovat ve výzkumném vzorku podle jednotlivých škol a pohlaví.

Složení výzkumného vzorku podle škol



Graf 1. Složení výzkumného vzorku podle relativní četnosti respondentů (n = 130)

Komentář ke grafu 1.

Graf nám přehledně znázorňuje relativní četnosti respondentů (procentuální zastoupení respondentů) na jednotlivých školách.

Tabulka 9. Složení výzkumného vzorku školy „A“

Složení výzkumného vzorku školy „A“ podle věkových kategorií a pohlaví						
Věkové kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
11 let	8	38	9	32	17	35
13 let	7	33	11	39	18	37
15 let	6	29	8	29	14	28
Celkem	21	100	28	100	49	100

Tabulka 10. Složení výzkumného vzorku školy „B“

Složení výzkumného vzorku školy „B“ podle věkových kategorií a pohlaví						
Věkové kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
11 let	4	17	9	32	13	25
13 let	15	62	8	29	23	44
15 let	5	21	11	39	16	31
Celkem	24	100	28	100	52	100

Tabulka 11. Složení výzkumného vzorku školy „C“

Složení výzkumného vzorku školy „C“ podle věkových kategorií a pohlaví						
Věkové kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
11 let	6	46	8	50	14	48
13 let	5	39	5	31	10	35
15 let	2	15	3	19	5	17
Celkem	13	100	16	100	29	100

Komentář k tabulkám 9, 10 a 11.

Tabulky popisují výzkumný vzorek jednotlivých škol podle pohlaví a věku.

7.3 Metoda výzkumného šetření

Data potřebná pro vyhodnocení výzkumného šetření jsme získali za použití metody dotazníku. Dotazník je podle Chrásky (2007, s. 163): „*Soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“ Pro metodu dotazníku jsme se rozhodli z důvodu četných výhod, jako např. oslovení většího množství respondentů v relativně krátké době. Avšak nevýhodou této metody může být možná nevěrohodnost získaných dat, jelikož respondenti se pohybují ve věkovém rozpětí deset až patnáct let věku, je pravděpodobné, že někteří z nich odpovídali ne podle skutečnosti, ale podle toho, co si mysleli, že se od nich očekává. Z tohoto důvodu mohlo dojít k jistému zkreslení získaných dat.

Dotazník jsme vytvořili v návaznosti na dotazníky – otázky zveřejněné v HBSC studii. Dotazník obsahuje třicet jedna otázek týkajících se zdraví a životního stylu žáků základních škol, konkrétně rizikového chování v oblasti návykových látek. Část dotazníku se věnuje prevenci a sociální situaci (sociálního prostředí) respondentů. Na konec dotazníku jsme umístili otázky zjišťující název školy, pohlaví, věk a třídu, jež respondent navštěvuje. Úplná podoba dotazníku je umístěna k nahlédnutí v příloze 1. Dotazník byl vyplňován kroužkováním správných odpovědí, případně doplněním textu na vytečkovaný řádek.

V rámci testování srozumitelnosti a jednoznačnosti jednotlivých položek v našem dotazníku jsme provedli předvýzkum. Pro předvýzkum jsme zvolili jednu třídu žáků 5. tříd, abychom si kvalitu dotazníku ověřili na nejmladších respondentech. Po úspěšném předvýzkumu jsme přikročili k samotnému výzkumnému šetření.

Při zadávání a vyplňování dotazníků jsme byli osobně přítomni a tudíž respondentům k dispozici v případě jakéhokoliv nepochopení. Z tohoto důvodu jsme si zajistili 100 % návratnost dotazníků. Získané výsledky z dotazníků byly následně vloženy do programu Microsoft Excel 2010 pro možnost dalšího zpracování. V tomto programu jsme také zpracovali některé grafy a tabulky.

Námi vyslovené hypotézy jsou ověřovány testem nezávislosti chí-kvadrát. Hladina statistické významnosti rozdílu byla stanovena stejně jako v HBSC studiích na hodnotu $p = 0,05$. Z hlediska použití testu chí-kvadrát, by se tento test neměl používat v případě nízkých četností, kdy není splněna podmínka, že četnosti $n \geq 5$. V našem výzkumu se tak několikrát stalo a tato podmínka nebyla naplněna z důvodu nižšího počtu dotazovaných

respondentů. Proto musíme výsledky našeho výzkumu interpretovat s jistou opatrností. Výpočty testu nezávislosti chí-kvadrát jsou zpracovány pomocí webové aplikace vytvořené Milanem Kábrtem v roce 2011 v rámci projektu na Univerzitě v Hradci Králové.

8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

V této kapitole prezentujeme výsledky našeho výzkumného šetření v závislosti na stanovených dílčích cílech a výzkumných problémech. Jak již jsme zmínili dříve, námi postulované hypotézy zde ověřujeme pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát se stanovenou hladinou významnosti 5 %.

8.1 Výzkumný problém č. 1

VP1: Liší se výsledky z výzkumného šetření s daty z HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků?

V rámci tohoto problému budeme srovnávat věk první zkušenosti s alkoholem a věk první opilosti zvláště u chlapce a u dívky. Také se zaměříme na oblast užívání marihuany, a to porovnáním odpovědí na otázky týkající se užívání marihuany za celý život a za poslední rok života. V rámci tohoto problému jsme postulovali celkem šest hypotéz.

Na úvod prezentujeme údaje z HBSC studie z roku výzkumu 2010 a naše získaná data z roku 2017 k věku první zkušenosti s alkoholem v tabulce 12 níže. Pro přehlednost uvádíme také údaje v grafické podobě samostatně pro chlapce a dívky.

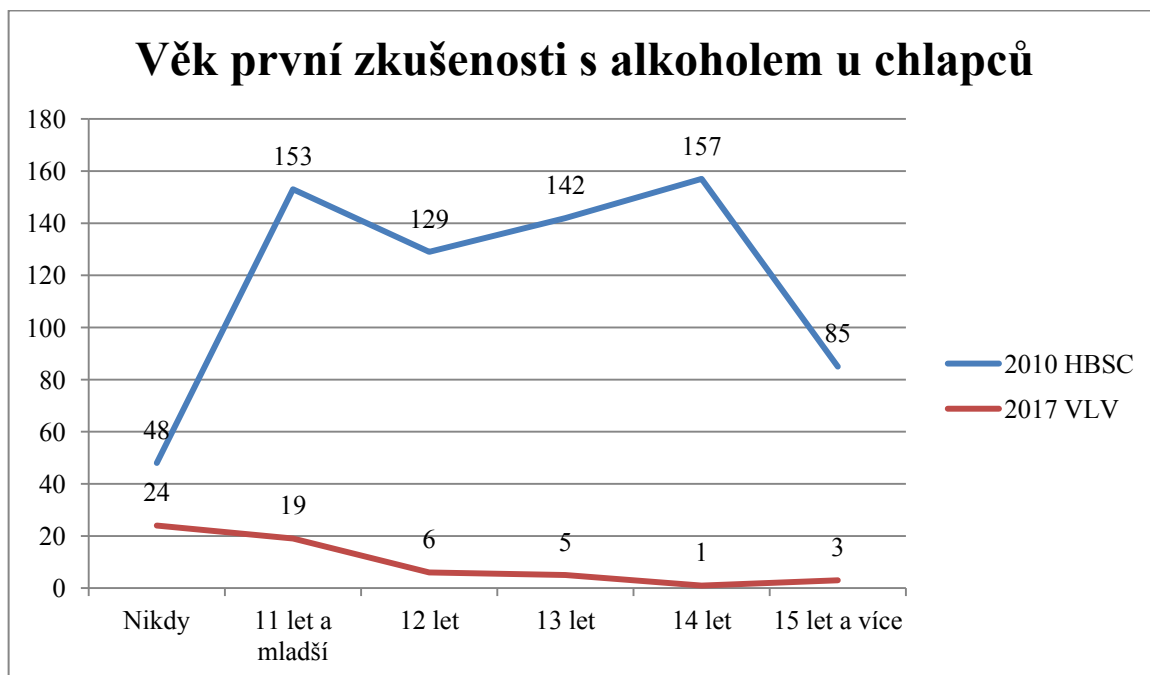
Tabulka 12. Věk první zkušenosti s alkoholem

Věk první zkušenosti s alkoholem								
	Pohlaví							
	2010				2017			
	Chlapci		Dívky		Chlapci		Dívky	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nikdy	48	6,7	43	5,7	24	41,4	32	44,4
11 let a mladší	153	21,4	94	12,5	19	32,8	19	26,4
12 let	129	18,1	149	19,8	6	10,3	10	13,9
13 let	142	19,9	181	24,1	5	8,6	9	12,5
14 let	157	22,0	221	29,4	1	1,7	1	1,4
15 let a více	85	11,9	64	8,5	3	5,2	1	1,4

H₁: V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H₀: V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v roce 2010.

H_A: V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v roce 2010.



Graf 2. Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců

Komentář ke grafu 2.

Zkratka VLV u roku 2017 značí vlastní výzkum.

Tabulka 13. Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců – pozorované četnosti

Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců – pozorované četnosti			
	2010	2017	n_{·j}
11 let a méně	153	19	172
12 let	129	6	135
13 let	142	5	147
14 let	157	1	158
Σ počtu odpovědí 14 let a méně	581	31	612
15 let a více	85	3	88
Nikdy	48	24	72
Σ počtu odpovědí 15 let a více	133	27	160
n_{i·}	714	58	772

Komentář k tabulce 13.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 5, v kolika letech poprvé konzumovali nějaký druh alkoholického nápoje.

Tabulka 14. Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců – očekávané četnosti

Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců – očekávané četnosti			
	2010	2017	n_{·j}
Σ počtu odpovědí 14 let a méně	566,02	45,98	612
Σ počtu odpovědí 15 let a více	147,98	12,02	160
n_{i·}	714	58	772

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 25.462$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 3.841$$

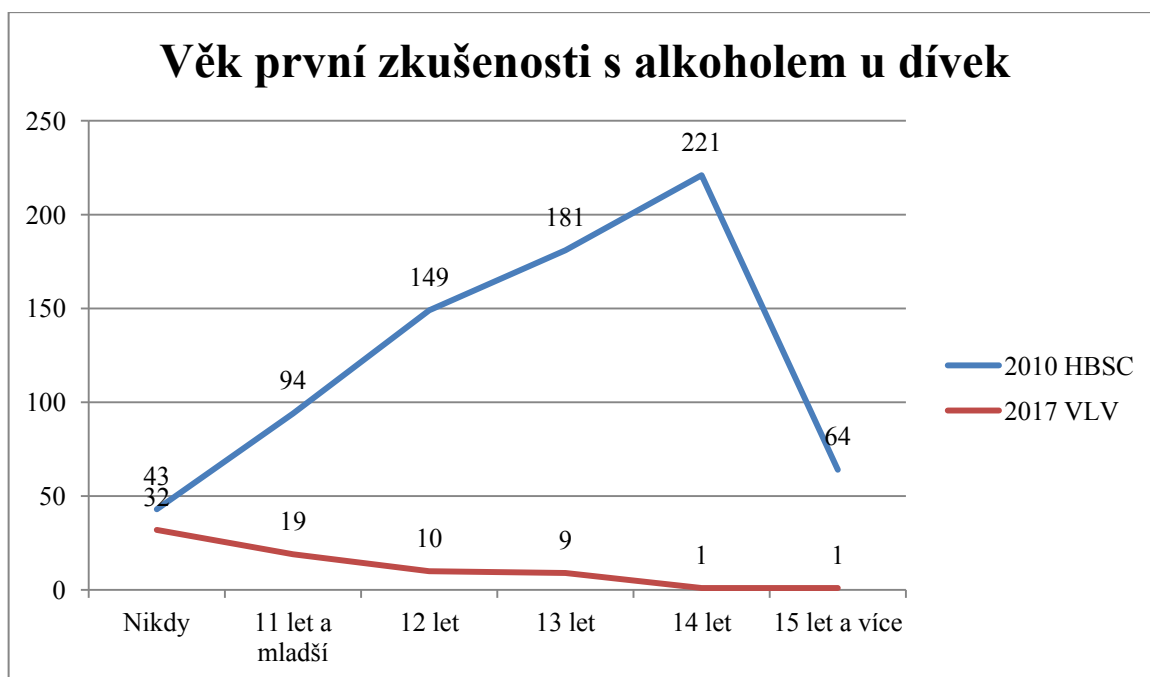
Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_1 :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní typ, tedy hypotézu H_1 , která nám říká, že v roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H_2 : V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v roce 2010.

H_A : V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v roce 2010.



Graf 3. Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek

Tabulka 15. Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek – pozorované četnosti

Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek – pozorované četnosti			
	2010	2017	n_{·j}
11 let a méně	94	19	113
12 let	149	10	159
13 let	181	9	190
14 let	221	1	222
Σ počtu odpovědí 14 let a méně	645	39	684
15 let a více	64	1	65
Nikdy	43	32	75
Σ počtu odpovědí 15 let a více	107	33	140
n_{i·}	752	72	824

Komentář k tabulce 15.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 5, v kolika letech poprvé konzumovali nějaký druh alkoholického nápoje.

Tabulka 16. Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek – očekávané četnosti

Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek – očekávané četnosti			
	2010	2017	n_{·j}
Σ počtu odpovědí 14 let a mladší	624,23	59,77	684
Σ počtu odpovědí 15 let a více	127,77	12,23	140
n_{i·}	752	72	824

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 46.558$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 3.841$$

Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_2 :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní typ, tedy hypotézu H_2 , která nám říká, že v roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první zkušenosti s alkoholem u dívek 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

Dále předkládáme údaje z HBSC studie z roku 2010 a naše získaná data k věku první opilosti alkoholem v tabulce 13 (v záhlaví tabulky označeno rokem výzkumu 2017). Pro přehlednost prezentujeme také údaje v grafické podobě samostatně pro chlapce a dívky.

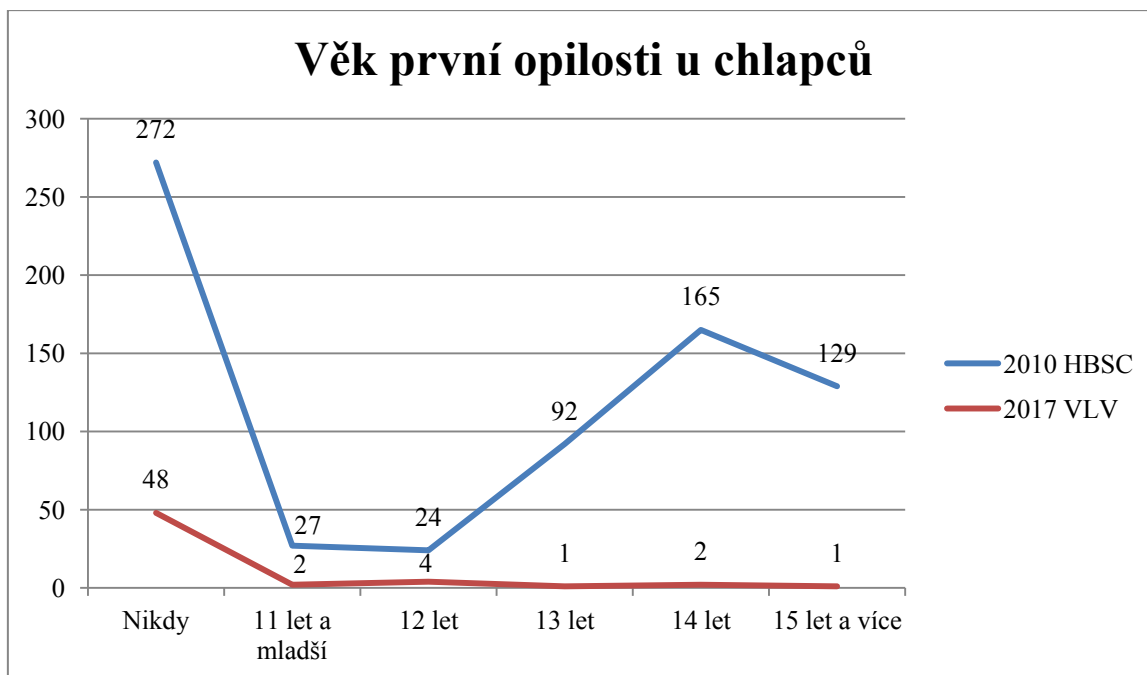
Tabulka 17. Věk první opilosti

	Věk první opilosti							
	Pohlaví							
	2010				2017			
	Chlapci		Dívky		Chlapci		Dívky	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nikdy	272	38,4	253	33,6	48	82,8	58	80,5
11 let a mladší	27	3,8	5	0,7	2	3,4	3	4,2
12 let	24	3,4	31	4,1	4	6,9	3	4,2
13 let	92	13,0	78	10,4	1	1,7	5	6,9
14 let	165	23,3	216	28,7	2	3,4	2	2,8
15 let a více	129	18,2	170	22,5	1	1,7	1	1,4

H_3 : V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v roce 2010.

H_A : V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v roce 2010.



Graf 4. Věk první opilosti u chlapců

Tabulka 18. Věk první opilosti u chlapců – pozorované četnosti

Věk první opilosti u chlapců			
	2010	2017	n _j
11 let a mladší	27	2	29
12 let	24	4	28
13 let	92	1	93
14 let	165	2	167
Σ počtu odpovědí 14 let a mladší	308	9	317
15 let a více	129	1	130
Nikdy	272	48	320
Σ počtu odpovědí 15 let a více	401	49	450
n_j	709	58	767

Komentář k tabulce 18.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 12, v kolika letech jsi se poprvé opil.

Tabulka 19. Věk první opilosti u chlapců – očekávané četnosti

Věk první opilosti u chlapců			
	2010	2017	n _j
Σ počtu odpovědí 14 let a mladší	293,03	23,97	317
Σ počtu odpovědí 15 let a více	415,97	34,03	450
n_j	709	58	767

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 17.238$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 3.841$$

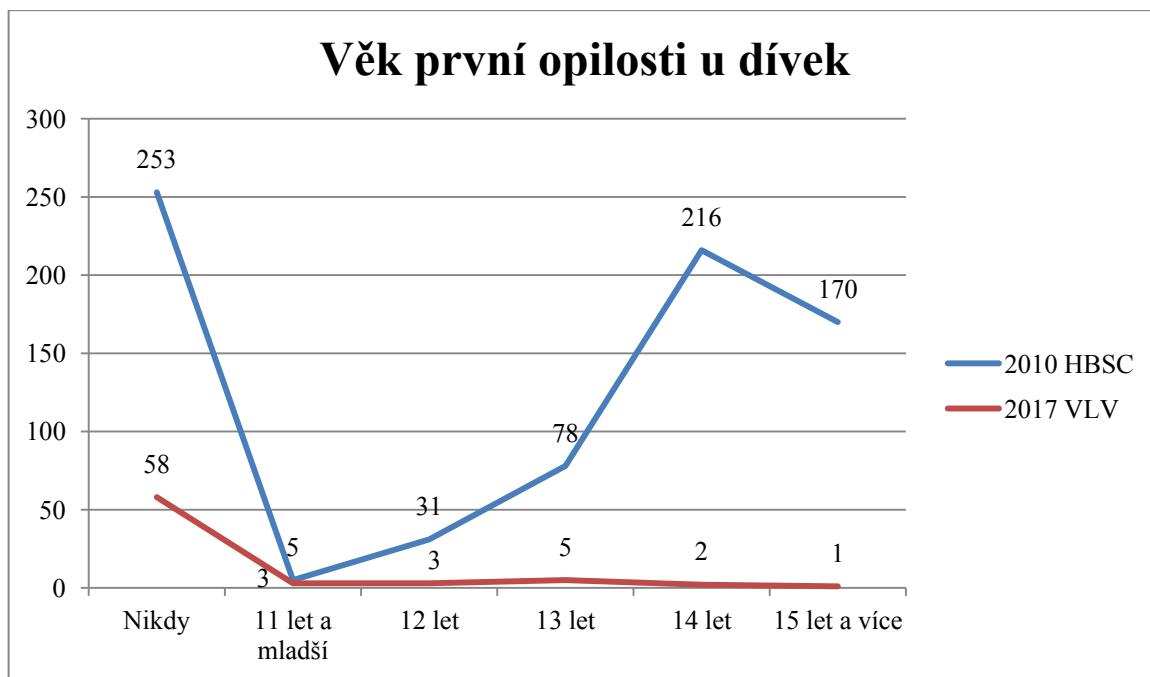
Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_3 :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní typ hypotézy, tedy přijímáme hypotézu H_3 , která nám říká, že v roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první opilosti u chlapců 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H_4 : V roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : V roce výzkumu 2017 není statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v roce 2010.

H_A : V roce výzkumu 2017 je statisticky významně častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v roce 2010.



Graf 5. Věk první opilosti u dívek

Tabulka 20. Věk první opilosti u dívek – pozorované četnosti

Věk první opilosti u dívek			
	2010	2017	n _j
11 let a mladší	5	3	8
12 let	31	3	34
13 let	78	5	83
14 let	216	2	218
Σ počtu odpovědí 14 let a mladší	330	13	343
15 let a více	170	1	171
Nikdy	253	58	311
Σ počtu odpovědí 15 let a více	423	59	482
n_i	753	72	825

Komentář k tabulce 20.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 12, v kolika letech jsi se poprvé opila.

Tabulka 21. Věk první opilosti u dívek – očekávané četnosti

Věk první opilosti u dívek			
	2010	2017	n_{·j}
Σ počtu odpovědí 14 let a mladší	313,07	29,93	343
Σ počtu odpovědí 15 let a více	439,93	42,07	482
n_{i·}	753	72	825

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 17.957$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 3.841$$

Rozhodnutí o platnosti hypotézy H₄:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní typ, tedy přijímáme hypotézu H₄, která nám říká, že v roce výzkumu 2017 je častěji uváděn věk první opilosti u dívek 15 let a více než v HBSC studii v roce 2010.

V rámci srovnání dat z HBSC studie z roku 2010 a našeho šetření jsme vytvořili k problematice užívání marihuany za celý život a za poslední měsíc níže uvedenou tabulku 22 a grafy 6 a 7.

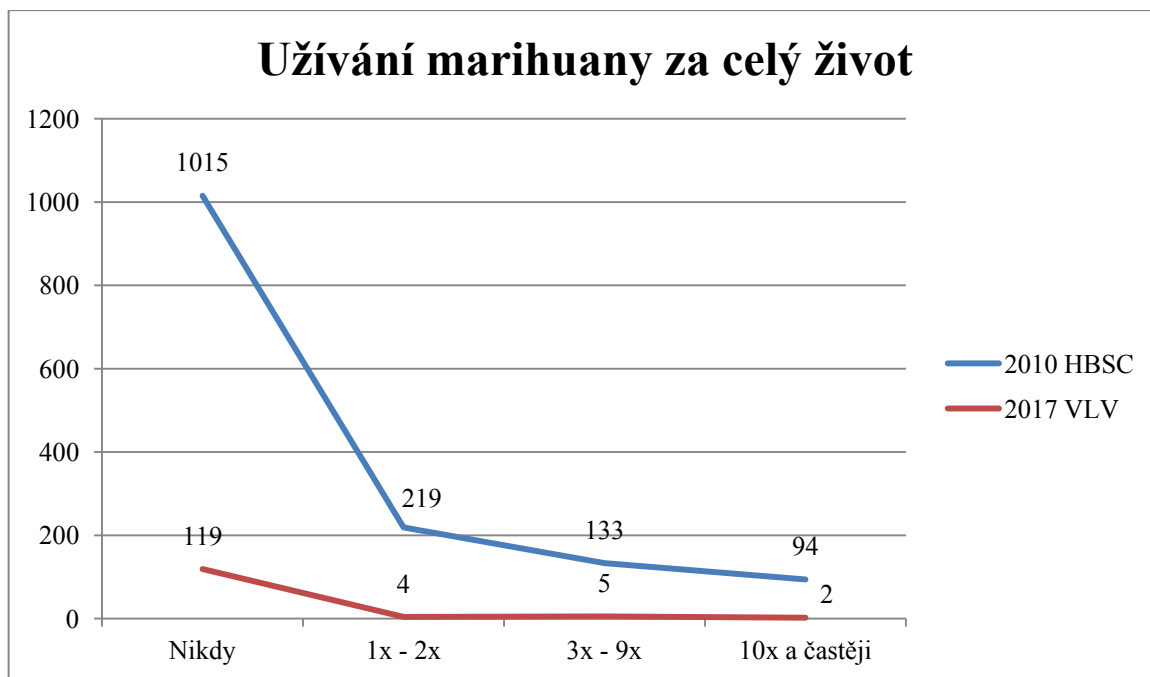
Tabulka 22. Užívání marihuany

		Užívání marihuany			
		2010		2017	
		CH+D		CH+D	
		n	%	n	%
Za celý život	Nikdy	1015	69,5	119	91,5
	1x–2x	219	15,0	4	3,1
	3–9x	133	9,1	5	3,9
	10x a častěji	94	6,4	2	1,5
Poslední rok	Nikdy	1132	78,5	119	91,5
	1–2x	160	11,1	5	3,9
	3x–9x	88	6,1	4	3,1
	10x a častěji	62	4,3	2	1,5

H₅: Četnost užití marihuany během dosavadního života žáků je v roce výzkumu 2017 menší než v HBSC studii v roce 2010.

H₀: V četnosti užívání marihuany během dosavadního života žáků není v roce výzkumu 2017 a 2010 statisticky významný rozdíl.

H_A: Četnost užití marihuany během dosavadního života žáků je v roce výzkumu 2017 statisticky významně menší než v roce 2010.



Graf 6. Užívání marihuany za celý život

Tabulka 23. Užití marihuany během dosavadního života – pozorované četnosti

Užívání marihuany za celý život			
	2010	2017	n _i
10x a častěji	94	2	96
3x-9x	133	5	138
1x-2x	219	4	223
Nikdy	1015	119	1134
n_i	1461	130	1591

Tabulka 24. Užití marihuany během dosavadního života – očekávané četnosti

Užívání marihuany za celý život			
	2010	2017	n _i
10x a častěji	88.16	7.84	96
3x - 9x	126.72	11.28	138
1x - 2x	204.78	18.22	223
Nikdy	1041.34	92.66	1134
n_i	1461	130	1591

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 28.784$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 7.815$$

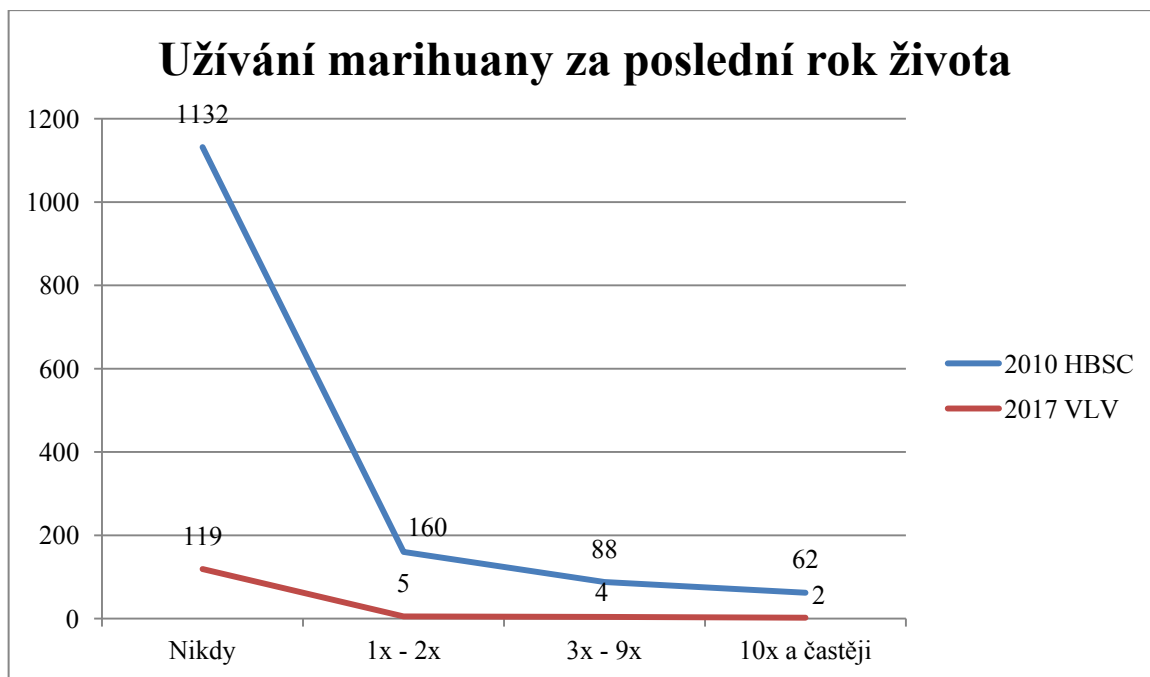
Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_5 :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní typ, tedy přijímáme hypotézu H_5 , která nám říká, že četnost užití marihuany během dosavadního života žáků je v roce výzkumu 2017 menší než v HBSC studii v roce 2010.

H_6 : Četnost užití marihuany za poslední rok života žáků je v roce výzkumu 2017 menší než v HBSC studii v roce 2010.

H_0 : Mezi užíváním marihuany za poslední rok a rokem výzkumu 2017 a 2010 není statisticky významný rozdíl.

H_A : Četnost užití marihuany za poslední rok života žáků je v roce výzkumu 2017 statisticky významně menší než v roce 2010.



Graf 7. Užívání marihuany za poslední rok života

Tabulka 25. Užití marihuany za poslední rok života – pozorované četnosti

Užívání marihuany za poslední rok života			
	2010	2017	n _j
10x a častěji	62	2	64
3x-9x	88	4	92
1x-2x	160	5	165
Nikdy	1132	119	1251
n _i .	1442	130	1572

Tabulka 26. Užití marihuany za poslední rok života – očekávané četnosti

Užívání marihuany za poslední rok života			
	2010	2017	n _j
10x a častěji	58.71	5.29	64
3x-9x	84.39	7.61	92
1x-2x	151.35	13.65	165
Nikdy	1147.55	103.45	1251
n _i .	1442	130	1572

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 12.621$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 7.815$$

Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_0 :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní typ, tedy přijímáme hypotézu H_6 , která nám říká, že četnost užití marihuany za poslední rok života žáků je v roce výzkumu 2017 menší než v HBSC studii v roce 2010.

Jak jsme předpokládali, výsledky získané z našeho výzkumného šetření se liší od dat z HBSC studie z roku 2010. Tyto rozdíly jsou pravděpodobně způsobeny volbou typu základních škol účastnících se výzkumu, jelikož všechny námi zvolené školy byly vesnického charakteru. Rozdíl ve výsledcích může být také způsoben nízkým počtem respondentů ve srovnání s počtem dotazovaných během výzkumného šetření HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků.

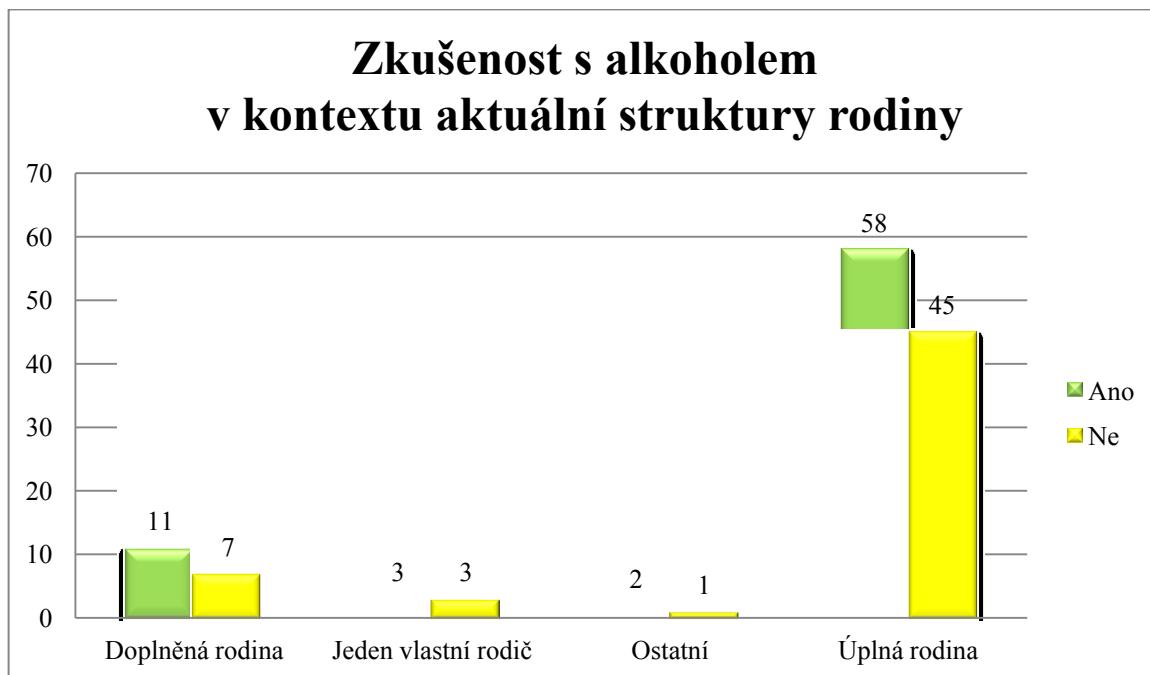
8.2 Výzkumný problém č. 2

VP2: Existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich sociální situací?

H₇: Žáci, žijící v neúplné struktuře rodiny, mají větší (častější) zkušenost s alkoholem než žáci žijící v úplné rodině.

H₀: Mezi zkušeností s alkoholem u žáků žijících v neúplné struktuře rodiny a žáky žijícími v úplné rodině není statisticky významný rozdíl.

H_A: Žáci, žijící v neúplné struktuře rodiny, mají statisticky významně větší (častější) zkušenost s alkoholem než žáci žijící v úplné rodině.



Graf 8. Zkušenost s alkoholem v kontextu aktuální struktury rodiny

Tabulka 27. Zkušenost s alkoholem v závislosti na aktuální struktuře rodiny – pozorované četnosti

Struktura rodiny			
	Ano	Ne	n _{.j}
Doplněná rodina	11	7	18
Jeden vlastní rodič	3	3	6
Ostatní	2	1	3
Σ počtu žáků v neúplné rodině	16	11	27
Úplná rodina	58	45	103
Σ počtu žáků v úplné rodině	58	45	103
n _{i.}	74	56	130

Komentář k tabulce 27.

Tabulka prezentuje odpovědi na otázku č. 4 z dotazníku, zda někdy respondent konzumoval nějaký druh alkoholického nápoje (alespoň jednu sklenku) v závislosti na otázku č. 26 týkající se struktury rodiny.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.076$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 3.841$$

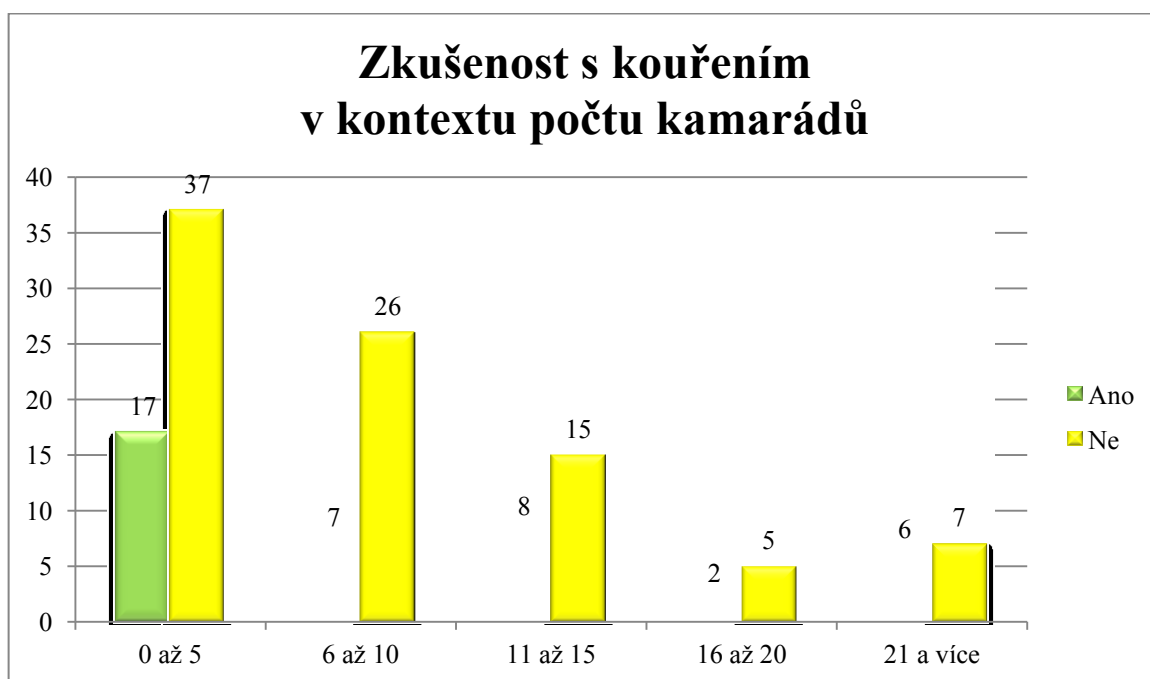
Rozhodnutí o platnosti hypotézy H₇:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme. Mezi zkušeností s alkoholem u žáků žijících v neúplné struktuře rodiny a žáky žijícími v úplné rodině není, na základě výpočtu testového kritéria testu nezávislosti chí-kvadrát, statisticky významný rozdíl.

H_g: Žáci, uvádějící šest a více opravdu blízkých kamarádů, mají větší (častější) zkušenosti s kouřením.

H₀: Mezi zkušeností s kouřením a uvedeným počtem šest a více opravdu blízkých kamarádů není statisticky významný rozdíl.

H_A: Žáci, uvádějící šest a více opravdu blízkých kamarádů, mají statisticky významně větší (častější) zkušenosti s kouřením.



Graf 9. Zkušenost s kouřením v kontextu počtu kamarádů

Tabulka 28. Zkušenost s kouřením v kontextu blízkých přátel – pozorované četnosti

Počet uvedených kamarádů			
	Ano	Ne	n _j
0–5	17	37	54
Σ počtu uvedených kamarádů do 5	17	37	54
6–10	7	26	33
11–15	8	15	23
16–20	2	5	7
21 a více	6	7	13
Σ počtu uvedených kamarádů nad 5	23	53	76
n_i	40	90	130

Komentář k tabulce 28.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 1, zda respondent kouřil někdy tabák (odpověď ano/ne) v závislosti na otázku č. 27 týkající se počtu opravdu blízkých kamarádů/kamarádek.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.021$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 3.841$$

Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_0 :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme. Mezi zkušeností s kouřením a uvedeným počtem šest a více opravdu blízkých kamarádů není, na základě výpočtu testového kritéria testu nezávislosti chí-kvadrát, statisticky významný rozdíl.

Naše očekávání, že na užívání návykových látek u žáků má vliv jejich sociální situace, tedy struktura rodiny a počet uvedených opravdu blízkých kamarádů se nepotvrdil.

8.3 Výzkumný problém č. 3

VP3: Existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich povědomím o prevenci návykových látek na jejich školách?

Vzhledem k důležitosti prevence návykových látek na základních školách jsme k výzkumnému problému č. 3 stanovili pět dílčích výzkumných předpokladů.

VPř1: Žáci na školách, kde probírali problematiku návykových látek, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

Tabulka 29. Problematika návykových látek ve výuce v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti

Otázka 21			
	Nevím + Ne	Ano	n _{.j}
Zkušenost s kouřením	8	32	40
Zkušenost s alkoholem	16	58	74
Zkušenost s marihuanou	3	8	11
n _{.j}	27	98	125

Komentář k tabulce 29.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 21, zda ve škole probírali problematiku návykových látek (odpověď neví/ne/ano) v závislosti na otázce č. 1, 4 a 16 týkající se zkušenosti s kouřením, alkoholem a marihuanou (tabulka obsahuje jen odpovědi ano, tedy, že respondenti mají s užíváním těchto návykových látek zkušenost).

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.267$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř1:

Na základě vypočítaného testového kritéria, při hladině významnosti 5 %, konstatujeme, že VPř1 se nepotvrdil, tedy mezi užíváním návykových látek a zařazením problematiky návykových látek do výuky není vztah.

VPř2: Žáci na školách, kde je ve školním řádu zahrnuta problematika návykových látek, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

Tabulka 30. Zařazení problematiky návykových látek do školního řádu v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti

Otázka 22			
	Nevím + Ne	Ano	n _{.j}
Zkušenost s kouřením	21	19	40
Zkušenost s alkoholem	48	26	74
Zkušenost s marihuanou	5	6	11
n _{.j}	74	51	125

Komentář k tabulce 30.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 22, zda ve školním řádu jejich školy je zahrnuta problematika návykových látek (odpověď neví/ne/ano) v závislosti na otázce č. 1, 4 a 16 týkající se zkušenosti s kouřením, alkoholem a marihuanou (tabulka obsahuje jen odpovědi ano, tedy, že respondenti mají s užíváním těchto návykových látek zkušenost).

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 2.584$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř2:

Na základě vypočítaného testového kritéria, při hladině významnosti 5 %, konstatujeme, že VPř2 se nepotvrdil, tedy mezi užíváním návykových látek a zařazením problematiky návykových látek do školního řádu není vztah.

VPř3: Žáci na školách, kde se setkali s nějakým druhem prevence návykových látek, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

Tabulka 31. Prevence návykových látek na školách v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti

Otázka 23			
	Nevím + Ne	Ano	n _{.j}
Zkušenost s kouřením	33	7	40
Zkušenost s alkoholem	60	14	74
Zkušenost s marihuanou	10	1	11
n _{.j}	103	22	125

Komentář k tabulce 31.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 23, zda se setkali ve své škole s nějakým druhem prevence návykových látek (odpověď neví/ne/ano) v závislosti na otázce č. 1, 4 a 16 týkající se zkušenosti s kouřením, alkoholem a marihuanou (tabulka obsahuje jen odpovědi ano, tedy, že respondenti mají s užíváním těchto návykových látek zkušenost).

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.643$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř3:

Na základě vypočítaného testového kritéria, při hladině významnosti 5 %, konstatujeme, že VPř3 se nepotvrdil, tedy mezi užíváním návykových látek a prevencí návykových látek na školách není vztah.

VPř4: Žáci na školách, které mají sestavený školní minimální preventivní program, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

Tabulka 32. Existence MPP na školách v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti

Otázka 24			
	Nevím + Ne	Ano	n _{.j}
Zkušenost s kouřením	34	6	40
Zkušenost s alkoholem	64	10	74
Zkušenost s marihuanou	11	0	11
n _{.j}	109	16	125

Komentář k tabulce 32.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 24, zda má jejich škola sestavený školní minimální preventivní program (odpověď neví/ne/ano) v závislosti na otázce č. 1, 4 a 16 týkající se zkušenosti s kouřením, alkoholem a marihuanou (tabulka obsahuje jen odpovědi ano, tedy, že respondenti mají s užíváním těchto návykových látek zkušenost).

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 1.825$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř4:

Na základě vypočítaného testového kritéria, při hladině významnosti 5 %, konstatujeme, že VPř4 se nepotvrdil, tedy mezi užíváním návykových látek a existencí školního minimálního preventivního programu na školách není vztah.

VPř5: Žáci na školách, kde je/znají školního metodika prevence, uvádějí menší zkušenost s užíváním návykových látek.

Tabulka 33. Informovanost o osobě školního metodika prevence v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti

Otázka 25			
	Nevím + Ne	Ano	n _{.j}
Zkušenost s kouřením	33	7	40
Zkušenost s alkoholem	61	13	74
Zkušenost s marihuanou	9	2	11
n _{.j}	103	22	125

Komentář k tabulce 33.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 25, zda na jejich škole je/znají školního metodika prevence (odpověď neví/ne/ano) v závislosti na otázce č. 1, 4 a 16 týkající se zkušenosti s kouřením, alkoholem a marihuanou (tabulka obsahuje jen odpovědi ano, tedy, že respondenti mají s užíváním těchto návykových látek zkušenost).

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.003$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř5:

Na základě vypočítaného testového kritéria, při hladině významnosti 5 %, konstatujeme, že VPř5 se nepotvrdil, tedy mezi užíváním návykových látek a informovaností o osobě školního metodika prevence není vztah.

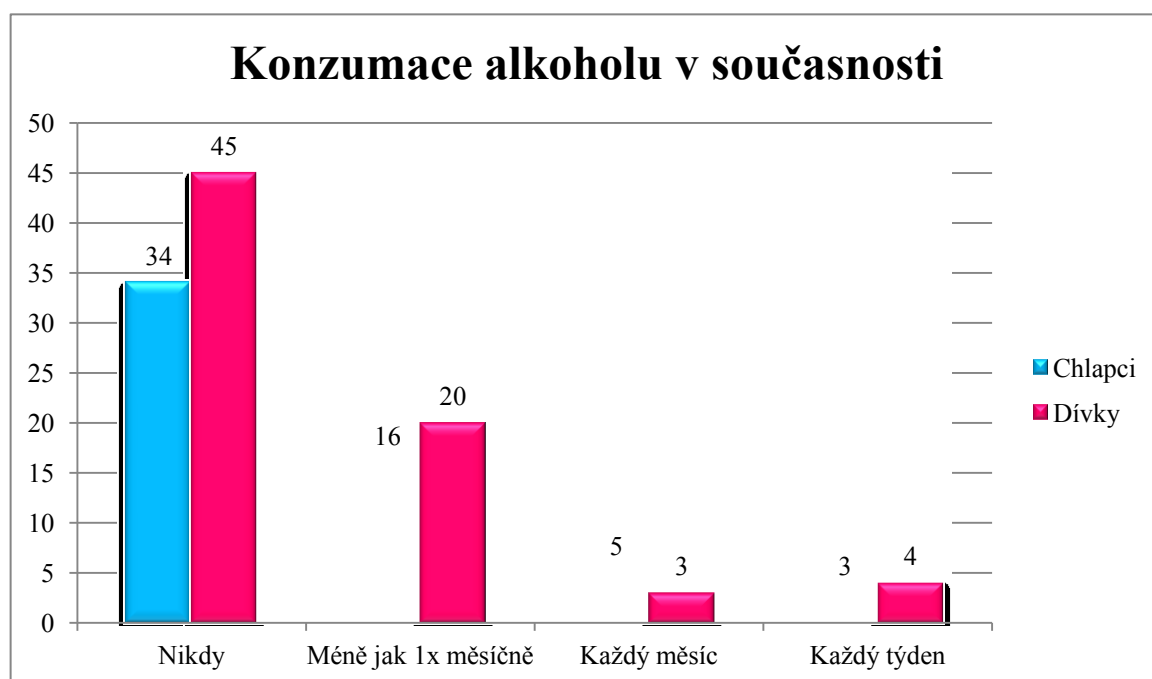
8.4 Výzkumný problém č. 4

VP4: Liší se užívání návykových látek u chlapců a dívek?

H₁: Chlapci v současnosti konzumují nějaký druh alkoholu častěji než dívky.

H₀: Mezi konzumací nějakého druhu alkoholu není u dívek a chlapců v současnosti statisticky významný rozdíl.

H_A: Chlapci v současnosti konzumují nějaký druh alkoholu statisticky významně častěji než dívky.



Graf 10. Konzumace alkoholu v současnosti

Tabulka 34. Konzumace nějakého druhu alkoholu v současnosti – pozorované četnosti

Konzumace alkoholu v současnosti			
	CH	D	n_{.j}
Nikdy	34	45	79
Méně jak 1x měsíčně	16	20	36
Každý měsíc	5	3	8
Každý týden	3	4	7
n_{i.}	58	72	130

Komentář k tabulce 34.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 6, jak často respondent konzumuje nějaký druh alkoholu v současnosti (odpověď nikdy/méně jak jedenkrát měsíčně/každý měsíc/každý týden/denně) v závislosti na pohlaví respondenta. Žádný respondent na otázku č. 6 neodpověděl denně.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 1.123$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 7.815$$

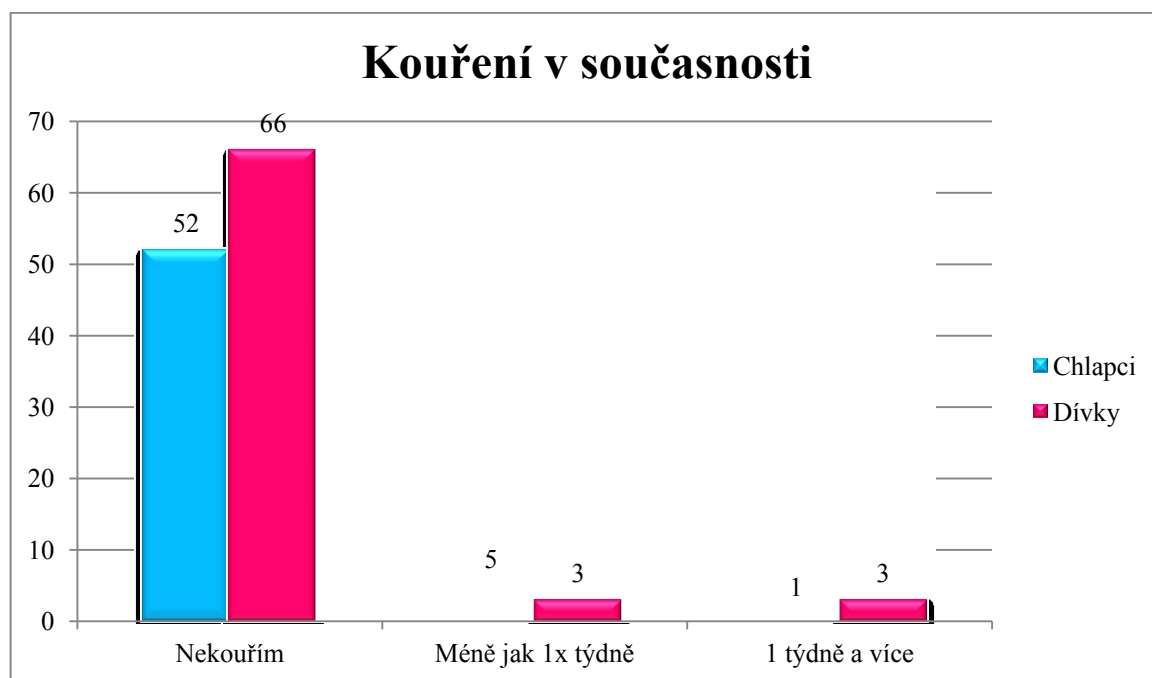
Rozhodnutí o platnosti hypotézy H₀:

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H₀) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme, tedy mezi konzumací nějakého druhu alkoholu není u dívek a chlapců v současnosti statisticky významný rozdíl.

H₁₀: Dívky v současnosti kouří častěji než chlapci.

H₀: Mezi kouřením v současnosti není u dívek a chlapců statisticky významný rozdíl.

H_A: Dívky v současnosti kouří statisticky významně častěji než chlapci.



Graf 11. Kouření v současnosti

Tabulka 35. Kouření v současnosti – pozorované četnosti

Kouření v současnosti			
	CH	D	n _j
Nekouřím	52	66	118
Méně jak 1x týdně	5	3	8
1x týdně a více	1	3	4
n _j	58	72	130

Komentář k tabulce 35.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 3, jak často respondent kouří tabák v současnosti (odpověď nekouřím/méně jak jedenkrát týdně/jedenkrát týdně a více, ale ne denně/denně) v závislosti na pohlaví respondenta. Odpověď na otázku jedenkrát týdně a více a odpověď denně jsme zařadili do jedné kategorie.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 1.665$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti hypotézy H_{10} :

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků nezamítáme, tedy mezi kouřením v současnosti není u dívek a chlapců statisticky významný rozdíl.

VPř6: Mezi konzumací piva v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

Tabulka 36. Konzumace piva v současnosti – pozorované četnosti

Konzumace piva			
	CH	D	n _{.j}
Nikdy	37	55	92
Méně jak 1x měsíčně	13	10	23
Každý měsíc	8	7	15
n _{.j}	58	72	130

Komentář k tabulce 36.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 7, jak často respondent konzumuje pivo v současnosti (odpověď nikdy/méně jak jedenkrát měsíčně/každý měsíc/každý týden/denně) v závislosti na pohlaví respondenta. Odpovědi na otázku každý měsíc, každý týden a denně jsme zařadili do jedné kategorie.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 2.506$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř6:

Na základě vypočítaného testového kritéria a hladině významnosti 5 % konstatujeme, že VPř6 se nepotvrdil. Mezi konzumací piva v současnosti u chlapců a dívek není významný rozdíl.

VPř7: Mezi konzumací vína v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

Tabulka 37. Konzumace vína v současnosti – pozorované četnosti

Konzumace vína			
	CH	D	n _{.j}
Nikdy	50	55	105
Méně jak 1x měsíčně	3	13	16
Každý měsíc	5	4	9
n _{i.}	58	72	130

Komentář k tabulce 37.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 8, jak často respondent konzumuje víno v současnosti (odpověď nikdy/méně jak jedenkrát měsíčně/každý měsíc/každý týden/denně) v závislosti na pohlaví respondenta. Odpovědi na otázku každý měsíc, každý týden a denně jsme zařadili do jedné kategorie.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 5.149$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř7:

Na základě vypočítaného testového kritéria a hladině významnosti 5 % konstatujeme, že VPř7 se nepotvrdil, tedy mezi konzumací vína v současnosti u chlapců a dívek není významný rozdíl.

VPř8: Mezi konzumací lihovin v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

Tabulka 38. Konzumace lihovin v současnosti – pozorované četnosti

Konzumace lihovin			
	CH	D	n _{.j}
Nikdy	47	62	109
Méně jak 1x měsíčně	6	7	13
Každý měsíc	5	3	8
n _{i.}	58	72	130

Komentář k tabulce 38.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 9, jak často respondent konzumuje lihoviny v současnosti (odpověď nikdy/méně jak jedenkrát měsíčně/každý měsíc/každý týden/denně) v závislosti na pohlaví respondenta. Odpovědi na otázku každý měsíc, každý týden a denně jsme zařadili do jedné kategorie.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 1.146$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř8:

Na základě vypočítaného testového kritéria a hladině významnosti 5 % konstatujeme, že VPř8 se nepotvrdil, tedy mezi konzumací lihovin v současnosti u chlapců a dívek není významný rozdíl.

VPř9: Mezi konzumací míchaných nápojů v současnosti u chlapců a dívek je rozdíl.

Tabulka 39. Konzumace míchaných nápojů v současnosti – pozorované četnosti

Konzumace míchaných nápojů			
	CH	D	n_{·j}
Nikdy	51	64	115
Méně jak 1x měsíčně	4	5	9
Každý měsíc	3	3	6
n_i	58	72	130

Komentář k tabulce 39.

Tabulka uvádí údaje získané z odpovědí na otázku č. 10, jak často respondent konzumuje nějaký druh míchaného nápoje v současnosti (odpověď nikdy/méně jak jedenkrát měsíčně/každý měsíc/každý týden/denně) v závislosti na pohlaví respondenta.

Odpovědi na otázku každý měsíc a každý týden jsme zařadili do jedné kategorie. Nikdo z respondentů nezvolil odpověď denně.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium:

$$G = 0.073$$

Kritická hodnota:

$$\chi_{(1-\alpha);df} = 5.991$$

Rozhodnutí o platnosti výzkumného předpokladu VPř9:

Na základě vypočítaného testového kritéria a hladině významnosti 5 % konstatujeme, že VPř9 se nepotvrdil, tedy mezi konzumací nějakého druhu míchaného nápoje v současnosti u chlapců a dívek není významný rozdíl.

9 DISKUZE

Mezinárodní HBSC studie o životním stylu dětí a školáků jsou velmi rozsáhlé, zabývají se specifickými oblastmi chování majícími významný vliv na duševní a tělesné zdraví dětí. Mezi tato témata patří zejména dítě a jeho sociální prostředí, stravovací a pohybové zvyklosti, volnočasové aktivity, životní spokojenost, kouření cigaret, pití alkoholických nápojů, užívání marihuany, úrazovost apod. Jelikož se Česká republika účastní studie již opakovaně od roku 1994, lze v určitých oblastech již nacházet i vývojové trendy.

Cílem HBSC studie uskutečněné v roce 2010 bylo získání aktuálních poznatků o chování žáků základních škol a propojení nových dat s již existujícími zprávami z let 1994, 1998, 2002 a 2006 (Kalman a kol., 2011). Poznatky a data získané ze studií věnujících se této problematice poskytují podklady k monitorování zdraví a životního stylu dětí a školáků, a tedy i důležité informace pro tvorbu efektivních strategií, politik a preventivních programů.

Vzhledem k již zmíněné obsáhlosti HBSC studií jsme se proto rozhodli v rámci našeho výzkumného šetření zmapovat jen oblast užívání návykových látek. Data pro výzkumné šetření jsme získali za použití metody dotazníku. Pro metodu dotazníku jsme se rozhodli z důvodu četných výhod, jako např. oslovení většího množství respondentů v relativně krátké době. Stejně jako v HBSC studiích jsme pracovali se subjektivními odpověďmi žáků. Nezjišťovali jsme informace od třetích osob. Otázkou tedy zůstává, zda všichni žáci odpovídali podle skutečnosti a ne podle toho, co si mysleli, že se od nich očekává. Z tohoto důvodu mohlo dojít k jistému zkreslení získaných dat. Dotazník jsme vytvořili v návaznosti na dotazníky – otázky zveřejněné v HBSC studii.

V návaznosti na náš hlavní cíl a z něho vyplývající dílčí cíle jsme stanovili čtyři oblasti výzkumných problémů, kterým se více věnujeme níže.

VP1: Liší se výsledky z našeho výzkumného šetření s daty publikovanými v HBSC studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010?

Jak jsme předpokládali, výsledky získané z našeho výzkumného šetření se liší od dat z HBSC studie z roku 2010. Námi nashromážděná data vykazují pozitivní efekt v užívání návykových látek. Rozdíly ve výsledcích výzkumů jsou pravděpodobně ovlivněny volbou typu základních škol účastnících se šetření, jelikož všechny námi zvolené školy byly

vesnického charakteru, kde lze předpokládat lepší výsledky, než v HBSC studiích, kde mezi respondenty jsou zastoupeni i žáci navštěvující základní školy v rizikovějších oblastech např. školy z vyloučených lokalit a velkých sídlišť.

Z výsledků HBSC studie vyplývá, že ačkoliv ze zákona v České republice mohou konzumovat alkohol osoby starší osmnácti let, více než polovina českých dětí má zkušenost s alkoholem do věku třináct let včetně (Kalman a kol., 2013). Naše výsledky se s tímto tvrzením ztotožňují. Ze sto třiceti dotazovaných šedesát osm dětí uvedlo užití nějakého druhu alkoholu do věku třinácti let včetně. Tento negativní efekt může být způsoben liberálním přístupem české společnosti k užívání alkoholických nápojů.

Podle výzkumů v letech 1994 až 2010 byla v populaci českých dětí zjištěna nízká míra abstinence, což české děti odlišovalo od naprosté většiny ostatních zemí. Tento efekt má postupem doby v České republice pozitivní vývoj. Zatímco v roce výzkumu 2010 měly zkušenost s alkoholem téměř tři čtvrtiny žáků, o deset let později to byla jen jedna čtvrtina (Kalman a kol., 2016).

Náš předpoklad, že se výsledky našeho výzkumného šetření liší oproti datům publikovaným v HBSC studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků z roku 2010, se potvrdil a lze spatřovat pozitivní efekt.

VP2: Existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich sociální situací?

Naše očekávání, že na užívání návykových látek u žáků má vliv jejich sociální situace, tedy struktura rodiny a počet uvedených opravdu blízkých kamarádů, se nepotvrdil. Z výsledků našeho šetření vyplývá, že žáci žijící v neúplné struktuře rodiny nemají významně častěji zkušenost s kouřením a ani alkoholem než žáci žijící v úplné rodině, tedy s oběma vlastními rodiči.

Naproti tomu s dat z HBSC studií (Kalman a kol., 2013) vyplývá, že rodina významně ovlivňuje užívání návykových látek dětí. Uvádí například, že ve skupině dětí žijících v intaktní rodině (výchova oběma vlastními rodiči) je nejmenší zastoupení dětských kuřáků.

Náš předpoklad, že existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich sociální situací, se však nepotvrdil.

VP3: Existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich uváděným povědomím o prevenci návykových látek na jejich školách?

Vzhledem k našemu zjištění, že povědomí žáků o prevenci návykových látek na jejich školách nemá na užívání návykových látek významný vliv, se nabízí otázka kvality používaných aktivit zabývajících se primární prevencí rizikového chování a odbornosti preventivních pracovníků na daných základních školách. Podle Miovskeho a kol. (2015) preventivní programy v pedagogické praxi mohou zodpovědně a bezpečně aplikovat jen jedinci s odpovídajícím vzděláním a dostatečnou praxí. Pokud tyto preventivní činnosti uskutečňuje naopak osoba bez patřičného vzdělání, naivní a živelná, hrozí dětem zbytečná rizika.

Hlavním nástrojem školní prevence je minimální preventivní program (MPP). Podle vyhlášky 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb na školách a školských poradenských zařízeních odst. 3 má minimální preventivní program za úkol především oddalovat či snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat dovednosti dětí činit správná rozhodnutí. ŠMPP sestavuje každý školní rok školní metodik prevence. Hlavním nástrojem školní prevence je minimální preventivní program (MPP). Podle vyhlášky 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb na školách a školských poradenských zařízeních odst. 3 má minimální preventivní program za úkol především oddalovat či snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat dovednosti dětí činit správná rozhodnutí.

Náš předpoklad, že existuje vztah mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich uváděným povědomím o prevenci návykových látek na jejich školách, se však nepotvrdil.

VP4: Liší se užívání návykových látek u chlapců a dívek?

HBSC studie (Kalman a kol., 2013) uvádí, že chlapci v současnosti konzumují nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky. V rámci jednotlivých druhů alkoholu chlapci výrazně častěji konzumují pivo a lihoviny než dívky. Naopak pravidelné kuřáctví lze častěji spatřovat u dívek než u chlapců. Z výsledků našeho výzkumného šetření však vyplývá, že na daných školách se užívání návykových látek u chlapců a dívek významně neliší.

Náš předpoklad, že se užívání návykových látek u chlapců a dívek liší, se tedy nepotvrdil.

Uvědomujeme si také, že vzhledem k omezenému počtu respondentů nelze výsledky z našeho výzkumného šetření považovat za obecná konstatování. Získané výsledky však mají především pomoci vytvořit náhled zúčastněných základních škol na problematiku zdraví a životního stylu žáků v dané oblasti a přispět k zefektivnění jejich aktivit v oblasti školní primární prevence.

Pokračování výzkumu spatřujeme v opakování dotazníkového šetření po uplynutí doby čtyř let v daných základních školách. Srovnání dat by mohlo přispět k sledování vývojového trendu problematiky návykových látek na zúčastněných školách a pomoci jim při evaluaci v oblasti školní primární prevence.

ZÁVĚR

Zdraví je v dnešní době významnou hodnotou, o kterou bychom měli všichni aktivně usilovat. Mezi hlavní determinanty zdraví patří životní styl. Je proto důležité, aby si celá společnost uvědomila, že chování a životní styl dospělých je formován již v dětství. I zde platí přísloví: „Co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš.“

V dnešní době mnoho žáků v rámci svých volnočasových aktivit dává přednost rizikovému chování před pozitivními činnostmi. Toto jednání má pak negativní vliv na naše zdraví i v dospělosti. Ovlivňuje odolnost organismu vůči nejrůznějším infekčním a chronickým neinfekčním onemocněním.

Naše diplomová práce „**Zdraví a životní styl žáků základních škol v olomouckém regionu v kontextu HBSC studie**“ měla za cíl zjistit vztah žáků vybraných základních škol k užívání návykových látek v kontextu jejich životního stylu.

Teoretická část blíže informuje o problematice klíčových pojmů práce jako zdraví, životní styl, žák základní školy a rizikové chování. V poslední řadě se také zabývá samotnou HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků.

Výzkumné šetření se uskutečnilo na třech základních školách olomouckého regionu a stejně jako v HBSC studiích byli osloveni žáci 5., 7. a 9. tříd. Data pro výzkumné šetření jsme získali za použití metody dotazníku. Pro metodu dotazníku jsme se rozhodli z důvodu četných výhod, jako např. oslovení většího množství respondentů v relativně krátké době. Celkem se navrátilo sto třicet šest dotazníků. Podmínky pro zařazení do šetření splnilo jen sto třicet z nich, dalších šest muselo být vyřazeno. Pro přehlednost prezentujeme data ve formě tabulek a grafů.

V rámci dílčích cílů práce jsme se nejprve zaměřili na porovnání výsledků z výzkumného šetření s daty z HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků. Po srovnání dat jsme zjistili statisticky významné rozdíly ve výsledcích vykazující pozitivní efekt. Dalším dílčím cílem bylo zjistit užívání návykových látek u žáků v závislosti na jejich sociální situaci. Naproti našemu očekávání se nepotvrdilo, že by sociální situace žáků (struktura rodiny a počet blízkých kamarádů) měla vliv na užívání návykových látek.

Předposlední dílčí cíl je věnovaný problematice prevence užívání návykových látek na daných základních školách. Výzkumy HBSC studií dokazují, že užívání jednotlivých druhů návykových látek spolu koreluje. Z tohoto důvodu by prevence zaměřená jen na jeden

typ rizikového chování byla neúčinná. I když z výsledků našeho šetření naproti našemu očekávání vyplývá, že mezi užíváním návykových látek u žáků a jejich uváděným povědomím o prevenci návykových látek na jejich školách není vztah, nelze opomenout důležitost primární prevence v oblasti rizikového chování. Finance vynaložené na efektivní preventivní programy jsou mnohonásobně nižší, než náklady spojené s případným řešením následků rizikového chování.

V poslední řadě jsme se věnovali čtvrtému dílčímu cíli práce, a to srovnání užívání návykových látek u chlapců a dívek. Z výzkumného šetření vyplývá, že mezi užíváním návykových látek není mezi chlapci a dívkami rozdíl.

Jako všechny výzkumy, které ke sběru dat užívají metody dotazníku, je i tato práce zatížena jistou nepřesností z důvodu subjektivních odpovědí respondentů. Další nedostatky spatřujeme v nízkém počtu dotazovaných. Výsledky našeho výzkumného šetření však nemají sloužit k postulování obecných závěrů, ale jako podklad pro získání náhledu na problematiku návykových látek zúčastněných základních škol a pomoci jim zefektivnit aktivity v oblasti školní primární prevence.

SOUHRN

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit vztah žáků vybraných základních škol k užívání návykových látek v kontextu jejich životního stylu. V rámci rozsáhlosti dané problematiky jsme se zaměřili na užívání tabáku, alkoholu a marihuany. Při výzkumném šetření jsme použili metodu dotazníku, který jsme vytvořili v návaznosti na HBSC studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků. V teoretické části práce uvádíme základní informace týkající se stěžejních pojmů jako zdraví, životní styl, žák základní školy, rizikové chování, prevence a HBSC studie. Následuje praktická část zaměřená na vlastní kvantitativní šetření probíhající na třech základních školách. Součástí práce je také bližší seznámení s charakteristikou výzkumného vzorku. Jedním ze závěrů našeho výzkumného šetření je zjištění, že naše výsledky se liší od dat z HBSC a lze u nich spatřovat pozitivní efekt.

Klíčová slova: zdraví, životní styl, žák základní školy, rizikové chování, prevence, HBSC studie

SUMMARY

The main goal of the thesis is to find out the relation of pupils of selected elementary schools to the use of addictive substances in the context of their lifestyle. Within the scope of this issue, we focused on the use of tobacco, alcohol and marijuana. In the research, we used the questionnaire method, which we developed in connection with the HBSC study on the health and lifestyle of children and school children. In the theoretical part of the thesis, we provide basic information on some key concepts such as health, lifestyle, an elementary school pupil, risky behavior, prevention and HBSC studies. The following practical part is focused on the actual quantitative survey of three primary schools. Another part of the thesis also defines the characteristics of the research sample. One conclusion of our research is that our results are different from the HBSC data and can present us with a positive effect.

Keywords: health, lifestyle, elementary school pupil, risky behavior, prevention, HBSC study

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AMBROŽOVÁ, Kateřina a kol. *Rizikové chování dětí a mladistvých: příčiny/následky/prevence* [online]. c2007 [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: http://urazydety.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf.
2. Citaty.net. *Citáty slavných osobností: Největší sbírka citátů, myšlenek a aforismů* [online]. c2018 [cit. 2017-12-14]. Dostupné z: <https://citaty.net/>.
3. ČELEDOVÁ, Libuše – ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. ČESKO. *Vyhláška č.72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb.*
5. ČESKO. *Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění*.
6. ČSÚ. *Životní prostředí-Publikace* [online]. 2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zivotni-prostredi>
7. GRAMOTNOST.CZ. *Zdravotní gramotnost* [online]. c2013 [cit. 2017-09-22]. Dostupné z: <http://www.gramotnost.cz/zdravotni>.
8. HELLER, Jiří – PECINOVSKÁ, Olga. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
9. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.
10. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. KALMAN, Michal a kol. *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie HBSC realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016.
12. KALMAN, Michal a kol. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Healthbehaviour in school-aged children: WHO collaborative cross-national study (HBSC)"*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2983-0.
13. KALMAN, Michal a kol. *O zdraví a životním stylu dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3409-4.

14. KIKALOVÁ, Kateřina – KOPECKÝ, Miroslav. *Úvod do studia prevence závislostí dětí a dospívajících*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-3928-0.
15. KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie v teorii a praxi: Drogové závislosti* [online]. 2008a [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/drogove-zavislosti-alkoholismus-nikotinismus>.
16. KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie v teorii a praxi: Slovník věd – Z, Ž* [online]. 2008b [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/slovník-ved-o-cloveku-z-z>.
17. KOPECKÝ, Miroslav a kol. *Úvod do výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3369-1.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-736-7568-4.
19. KUBÍČKOVÁ, Miluše. *Vůle ke zdravému životu*. Praha: Onyx, 1996. ISBN 8085-228-37-8.
20. MACHOVÁ, Jitka – KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
21. MARIHUANA.CZ. *Marihuana, Joint, Konopí, Hašiš* [online]. c2009 [cit. 2018-05-25]. Dostupné z: <http://www.marihuana.cz/kap-co-je-marihuana.html>
22. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Primární prevence rizikového chování ve školství: monografie*. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
23. MIOVSKÝ, Michal a kol. *Prevence rizikového chování ve školství I.: monografie*. 2., přeprac. a dopl. vydání, Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-392-1.
24. MIOVSKÝ, Michal. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7.
25. MŠMT ČR. *JCH Vybrane terminy primarni prevence.pdf* [online]. 2013a [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/7265?highlightWords=vybran%C3%A9+term%C3%ADny+prim%C3%A1rn%C3%AD+prevence>.

26. MŠMT ČR. *Strategie primární prevence 2013–2018.doc* [online]. 2013b [cit. 2017-10-12]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077?highlightWords=strategie+prim%C3%A1rn%C3%A1D+prevence>.
27. MZ ČR. *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. 2015 [cit. 2018-2-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akční%20plány%20-%20přílohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotní%20gramotnosti.pdf.
28. NEŠPOR Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí* [online]. Praha: Státní zdravotnický ústav, 2004a [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>
29. NEŠPOR, Karel a kol. *Zásady efektivní primární prevence* [online]. 1999 [cit. 2017-11-23]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/zasady-efektivni-primarni-prevence>.
30. NEŠPOR, Karel – CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat* [online]. 2003 [cit. 2017-11-23]. 5., revid. vyd. Praha, 2003. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>
31. NEŠPOR, Karel. *Jak překonat problémy s alkoholem: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo jim chtějí pomáhat.* [online]. 4. vyd., Praha: Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004b [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html>
32. OSBORNE, Helen. *Health Literacy: How visual scan help tell the health care story.* [online]. 2006 [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: http://healthliteracy.com/wp-content/uploads/2006/03/J_of_Vis_Comm_3-06.pdf.
33. POLÍNEK, Martin Dominik. *Tvořivost (nejen) jako prevence rizikového chování: expresivně-formativní potenciál základního uměleckého vzdělávání.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4842-8.
34. PREVENCE-INFO.CZ. *Prevence rizikového chování.* [online]. c2010–2016 [cit. 2017-09-24]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence>.

35. RATZAN, S., C. *Health Literacy: Communication for the public good. Health promotion international* [online]. 2001, vol. 16, no. 2 [cit. 2017-09-04]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207>.
36. *Rizikové chování* [online]. 2010 [cit. 2017-10-07]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/index.php/rizikove-chovani-charakteristiky>
37. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.
38. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
39. TICHÁ, Iveta. *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3367-7.
40. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
41. WHO. *Health Promotion Glossary* [online]. 1998 Geneva: WHO [cit. 2017-09-04]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
42. WHO. *Who we are, what we do* [online]. 2017 [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/en/>.
43. *Zdravotní gramotnost* [online]. c2015 [cit. 2017-09-22]. Dostupné z: <http://zdravotnigramotnost.cz/>
44. ZEMÁNEK, Petr. *Školní hygiena*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4019-4.

SEZNAM ZKRATEK

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

D – dívky

H – hypotéza

HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Collaborative Cross-National Study

CH - chlapci

MPP – minimální preventivní program

MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

ŠMPP – školní minimální preventivní program

VLV – vlastní výzkum

VP – výzkumný problém

VPř. – výzkumný předpoklad

WHO – World Health Organization

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Vzájemná souvislost zdraví a pohody.....	10
Obrázek 2. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví.....	12
Obrázek 3. Provázanost determinant zdraví a rozhodující vliv sociálních determinant zdraví.....	15
Obrázek 4. Pomůcka při přípravě a tvorbě MPP.....	38

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování.....	22
Tabulka 2. Životní nároky na mladistvé v kontextu účinků alkoholu a drog.....	24
Tabulka 3. Rizikové aktivity.....	31
Tabulka 4. Faktory podílející se na vzniku rizikového chování.....	33
Tabulka 5. Vertikální úroveň prevence.....	37
Tabulka 6. Složení výzkumného vzorku podle věkových kategorií.....	47
Tabulka 7. Složení výzkumného vzorku podle věkových kategorií a pohlaví.....	47
Tabulka 8. Složení výzkumného vzorku podle pohlaví a škol.....	48
Tabulka 9. Složení výzkumného vzorku školy „A“.....	49
Tabulka 10. Složení výzkumného vzorku školy „B“.....	49
Tabulka 11. Složení výzkumného vzorku školy „C“.....	49
Tabulka 12. Věk první zkušenosti s alkoholem.....	52
Tabulka 13. Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců – pozorované četnosti.....	54
Tabulka 14. Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců – očekávané četnosti.....	54
Tabulka 15. Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek – pozorované četnosti.....	56
Tabulka 16. Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek – očekávané četnosti.....	56
Tabulka 17. Věk první opilosti.....	57
Tabulka 18. Věk první opilosti u chlapců – pozorované četnosti.....	58
Tabulka 19. Věk první opilosti u chlapců – očekávané četnosti.....	58
Tabulka 20. Věk první opilosti u dívek – pozorované četnosti.....	60
Tabulka 21. Věk první opilosti u dívek – očekávané četnosti.....	61
Tabulka 22. Užívání marihuany.....	62
Tabulka 23. Užití marihuany během dosavadního života – pozorované četnosti.....	63
Tabulka 24. Užití marihuany během dosavadního života – očekávané četnosti.....	63
Tabulka 25. Užití marihuany za poslední rok života – pozorované četnosti.....	65
Tabulka 26. Užití marihuany za poslední rok života – očekávané četnosti.....	65
Tabulka 27. Zkušenost s alkoholem v závislosti na aktuální struktuře rodiny – pozorované četnosti.....	68
Tabulka 28. Zkušenost s kouřením v kontextu blízkých přátel – pozorované četnosti.....	69
Tabulka 29. Problematika návykových látek ve výuce v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti.....	71

Tabulka 30. Zařazení problematiky návykových látek do školního řádu v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti.....	72
Tabulka 31. Prevence návykových látek na školách v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti.....	73
Tabulka 32. Existence MPP na školách v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti.....	74
Tabulka 33. Informovanost o osobě školního metodika prevence v kontextu užívání návykových látek – pozorované četnosti.....	75
Tabulka 34. Konzumace nějakého druhu alkoholu v současnosti – pozorované četnosti.....	77
Tabulka 35. Kouření v současnosti – pozorované četnosti.....	78
Tabulka 36. Konzumace piva v současnosti – pozorované četnosti.....	79
Tabulka 37. Konzumace vína v současnosti – pozorované četnosti.....	80
Tabulka 38. Konzumace lihovin v současnosti – pozorované četnosti.....	81
Tabulka 39. Konzumace míchaných nápojů v současnosti – pozorované četnosti.....	82

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Složení výzkumného vzorku podle relativní četnosti respondentů (n = 130).....	48
Graf 2. Věk první zkušenosti s alkoholem u chlapců.....	53
Graf 3. Věk první zkušenosti s alkoholem u dívek.....	55
Graf 4. Věk první opilosti u chlapců.....	58
Graf 5. Věk první opilosti u dívek.....	60
Graf 6. Užívání marihuany za celý život.....	63
Graf 7. Užívání marihuany za poslední rok života.....	65
Graf 8. Zkušenost s alkoholem v kontextu aktuální struktury rodiny.....	67
Graf 9. Zkušenost s kouřením v kontextu počtu kamarádů.....	69
Graf 10. Konzumace alkoholu v současnosti.....	76
Graf 11. Kouření v současnosti.....	78

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník pro žáky

Příloha 2. Informovaný souhlas

PŘÍLOHA 1.

ANONYMNÍ DOTAZNÍK O ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍM STYLU DĚTÍ A ŠKOLÁKŮ

Dobrý den,

jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a obracím se na Vás se žádostí o vyplnění níže položených otázek, které jsou zaměřené na monitorování zdraví a životního stylu dětí a školáků základních škol, konkrétně na rizikové chování v oblasti návykových látek. Dotazníky jsou zcela anonymní a budou použity pouze jako podklady pro napsání mé diplomové práce.

U každé otázky označte zakroužkováním jen jednu z nabízených možností.

Děkuji mnohokrát za Vaši ochotu a čas při vyplňování dotazníku.

Bc. Barbora Kopřivová

1. Kouřil/a jsi někdy tabák – cigarety, vodní dýmka?

- a) ne
- b) ano

Pokud jsi odpověděl/a za a) ne, přeskoč otázku č. 2 a 3 a pokračuj otázkou č. 4.

2. V kolika letech jsi poprvé kouřil/a tabák?

- a) 11 let a méně
- b) 12 let
- c) 13 let
- d) 14 let
- e) 15 let a více

3. Jak často kouříš tabák v současnosti?

- a) nekouřím
- b) méně jak jedenkrát týdně
- c) jedenkrát týdně a více, ale ne denně
- d) denně

4. Konzumoval/a jsi někdy nějaký druh alkoholického nápoje (alespoň jednu sklenku)?

- a) ne
- b) ano

Pokud jsi odpověděl/a za a) ne, přeskoč otázku č. 5 až 15 a pokračuj otázkou č. 16.

5. V kolika letech jsi poprvé konzumoval/a nějaký druh alkoholického nápoje?

- a) 11 let a méně
- b) 12 let
- c) 13 let
- d) 14 let
- e) 15 let a více

6. Jak často konzumuješ nějaký druh alkoholického nápoje v současnosti?

- a) nikdy
- b) méně jak jedenkrát měsíčně
- c) každý měsíc
- d) každý týden
- e) denně

7. Jak často konzumuješ pivo v současnosti?

- a) nikdy
- b) méně jak jedenkrát měsíčně
- c) každý měsíc
- d) každý týden
- e) denně

8. Jak často konzumuješ víno v současnosti?

- a) nikdy
- b) méně jak jedenkrát měsíčně
- c) každý měsíc
- d) každý týden
- e) denně

9. Jak často konzumuješ nějakou lihovinu např. fernet, zelená, vodka v současnosti?

- a) nikdy
- b) méně jak jedenkrát měsíčně
- c) každý měsíc
- d) každý týden
- e) denně

10. Jak často konzumuješ nějaký druh míchaného nápoje s alkoholem např. fernet s tonikem, Sex on the Beach v současnosti?

- a) nikdy
- b) méně jak jedenkrát měsíčně
- c) každý měsíc
- d) každý týden
- e) denně

11. Byl/a jsi po konzumaci alkoholu někdy opravdu hodně opilý/á?

- a) ne, nikdy
- b) ano, jednou
- c) ano, 2–3krát
- d) ano, 4–10krát
- e) ano, víc než 10krát

12. V kolika letech jsi se poprvé opil/a?

- a) nikdy
- b) 11 let a méně
- c) 12 let
- d) 13 let
- e) 14 let
- f) 15 let a více

13. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za svůj život?

- a) nikdy
- b) 1–2krát
- c) 3–5krát
- d) 6–9krát
- e) 10–19krát
- f) 20 krát a více

14. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za poslední rok?

- a) nikdy
- b) 1–2krát
- c) 3–5krát
- d) 6–9krát
- e) 10–19krát
- f) 20 krát a více

15. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za poslední měsíc?

- g) nikdy
- h) 1–2krát
- i) 3–5krát
- j) 6–9krát
- k) 10–19krát
- l) 20 krát a více

16. Měl/a jsi už někdy osobní zkušenost s marihuanou?

- a) ne
- b) ano

Pokud jsi odpověděl/a za a) ne, přeskoč otázku č. 17 až 20 a pokračuj otázkou č. 21.

17. V kolika letech jsi poprvé užil/a marihuanu?

- a) 11 let a méně
- b) 12 let
- c) 13 let
- d) 14 let
- e) 15 let a více

18. Kolikrát jsi užil/a marihuanu za svůj život?

- a) 1–2krát
- b) 3–5krát
- c) 6–9krát
- d) 10–19krát
- e) 20 krát a více

19. Kolikrát jsi užil/a marihuanu za poslední rok?

- f) nikdy
- g) 1–2krát
- h) 3–5krát
- i) 6–9krát
- j) 10–19krát
- k) 20 krát a více

20. Kolikrát jsi užil/a marihuanu za poslední měsíc?

- l) nikdy
- m) 1–2krát
- n) 3–5krát
- o) 6–9krát
- p) 10–19krát
- q) 20 krát a více

21. Probírali jste ve škole problematiku návykových látek?

- a) nevím
- b) ne
- c) ano

22. Máte ve školním řádu Vaší školy zahrnutou problematiku návykových látek?

- a) nevím
- b) ne
- c) ano

23. Setkali jste se ve Vaší škole s nějakým druhem prevence návykových látek?

- a) nevím
- b) ne
- c) ano

24. Má Vaše škola sestavený Minimální preventivní program?

- a) nevím
- b) ne
- c) ano

25. Je/znáte na Vaší škole školního metodika prevence?

- a) nevím
- b) ne
- c) ano

26. Jaká je struktura tvjí rodiny?

- a) úplná rodina (oba vlastní rodiče)
- b) doplněná rodina (jeden vlastní a druhý nevlastní)
- c) jeden vlastní rodič
- d) ostatní (žádný vlastní rodič)

27. Kolik máš opravdu blízkých kamarádů/kamarádek?

Napiš počet.....

28. Název Vaší školy:

29. Jsem:

- a) chlapec
- b) dívka

30. Kolik ti je let?

31. Do které chodíš třídy?

PŘÍLOHA 2.

Informovaný souhlas s vyplněním anonymního dotazníku

Vážení rodiče, zákonní zástupci,

jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci své diplomové práce uskutečňuji výzkumné šetření zaměřené na monitorování zdraví a životního stylu dětí a školáků základních škol, konkrétně na rizikové chování v oblasti návykových látek. Výzkumné šetření je uskutečňováno formou dotazníku. Výzkum je zcela anonymní, získané informace důvěrné a budou použité pouze jako podklady pro napsání mé diplomové práce.

Děkuji mnohokrát za Vaši ochotu a spolupráci na výzkumném šetření.

Bc. Barbora Kopřivová

Souhlasím - nesouhlasím s vyplněním dotazníku mým dítětem.....

Podpis zákonného zástupce:.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Barbora Kopřivová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Zdraví a životní styl žáků základních škol v olomouckém regionu v kontextu HBSC studie.
Název v angličtině:	Health and Lifestyle of the Elementary School Pupils in Olomouc Region in the Context of HBSC study.
Anotace práce:	Diplomová práce s názvem Zdraví a životní styl žáků základních škol v olomouckém regionu v kontextu HBSC studie se zabývá problematikou rizikového chování konkrétně konzumací alkoholu a užívání tabáku a marihuany u školáků. V teoretické části jsou vymezeny klíčové pojmy jako zdraví, životní styl, rizikové chování, prevence atd. Obsaženy jsou i kapitoly zabývající se charakteristikou žáka základní školy a HBSC studiemi. V praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření.
Klíčová slova:	Zdraví, životní styl, žák základní školy, rizikové chování, prevence, HBSC studie
Anotace v angličtině:	The thesis called <i>Health and Lifestyle of the Elementary School Pupils in Olomouc Region in the Context of HBSC study</i> deals with the problem of risky behavior of alcohol consumption and the use of tobacco and marijuana among school children. In the theoretical parts, some key concepts such as health, lifestyle, risky behavior, prevention, etc. are defined. Chapters dealing with the characteristics of an elementary school pupil and HBSC studies are also included. The practical part presents the results of the research.
Klíčová slova v angličtině:	Health, lifestyle, elementary school pupil, risky behavior, prevention, HBSC study
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník pro žáky Příloha 2. Informovaný souhlas
Rozsah práce:	100 stran (128 080 znaků)
Jazyk práce:	čeština