

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Syndrom rizikového chování v dospívání

Bakalářská práce

Autor: Inka Faltusová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Inka Faltusová

Studium: P12771

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: **Syndrom rizikového chování v dospívání**

Název bakalářské práce AJ: Syndrome of problem behavior in adolescence

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se zabývá vývojovými zvláštnostmi v adolescenci s akcentem na syndrom rizikového chování v dospívání. Blíže analyzuje multikauzální etiologii rizikového chování. Mapuje salutoprotektivní faktory životního stylu a jejich moderující vliv ve vztahu k rizikovému chování. Empirická část práce ověřuje vliv salutorů na závažnost projevů rizikového chování. Výzkumná metoda: standardizovaný dotazník.

Anotace:

Práce se zabývá vývojovými zvláštnostmi v adolescenci s akcentem na syndrom rizikového chování v dospívání. Blíže analyzuje multikauzální etiologii rizikového chování. Mapuje salutoprotektivní faktory životního stylu a jejich moderující vliv ve vztahu k rizikovému chování. Empirická část práce ověřuje vliv salutorů na závažnost projevů rizikového chování. Výzkumná metoda: standardizovaný dotazník.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 14.2.2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Olešnici dne 25. dubna 2016

Inka Faltusová

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, věnovaný čas a milý a lidský přístup. Chtěla bych ale také velice poděkovat celé své rodině za ochotu a podporu, díky které jsem mohla dokončit své vzdělání na vysoké škole.

Anotace

FALTUSOVÁ, Inka. *Syndrom rizikového chování v dospívání*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 41 s. Bakalářská práce

Bakalářská práce se zabývá syndromem rizikového chování v adolescenci. Práce se věnuje rizikovým jevům ve společnosti. Vymezuje období adolescence jako vývojové období plné změn a charakterizuje cíle a úlohy dospívání. Dále mapuje socializaci jedince a působící socializační činitele jako rodina, vrstevnická skupina, škola a média. Vymezuje rizikové chování mladistvých a dělí je na jednotlivé oblasti, které pak blíže specifikuje a popisuje. V závěru teoretické části se věnuje pojmu „syndrom rizikového chování v dospívání“. Empirická část práce zjišťuje přítomnost rizikového chování žáků základní školy Gajdošova Brno, blíže se zabývá moderující rolí osobnostních vlastností v rámci syndromu SRCH-D.

Klíčová slova: adolescence, rizikové chování, rizikové jevy, syndrom rizikového chování v adolescenci

Annotations

FALTUSOVA, Inka. *Syndrome of adolescent risk-taking* Hradec Kralove: Faculty of Education University Hradec Kralové, 2016. 41 s. Bachelor thesis

This Bachelor Thesis concerns the syndrome of adolescent risk-taking. This thesis focuses on risk factors in society, defines the teen-age as a phase of life full of changes and characterizes the goals and purposes of coming of age. The thesis explains personal socialization with respect to influence factors such as family, peers, school, and media. It defines the risk-taking behavior of youngsters and kids and categorizes them into areas that are described in detail. The final theory part concerns the term *syndrome of adolescent risk-taking*, known as the *young male syndrome*, which we in fact don't limit to male population only. The practical part of the thesis analyzes risk-taking behavior in a group of students of Gajdosova Primary School in Brno. We focus on an intermediating role of personality features affected by young male syndrome.

Key words: adolescence, risk behavior, risk features, syndrome of adolescent risk-taking

Obsah:

Úvod	1
1.Vývojové zvláštnosti v adolescenci	2
1.1.Dospívání.....	2
1.1.1. Dělení dospívání.....	2
1.1.2. Cíle a úlohy dospívání.....	4
1.2. Socializace jedince.....	5
2.1.1. Socializační činitelé.....	5
2.Rizikové chování	7
2.1. Návykové látky.....	8
2.1.1. Tabákové výrobky.....	10
2.1.2. Alkohol.....	12
2.1.3. Drogy.....	14
2.2. Záškoláctví.....	19
2.3. Násilné chování.....	20
2.4. Počítače a internet.....	23
2.5. Rizikový pohlavní život.....	24
2.6. Poruchy příjmu potravy.....	25
2.7. Kriminalita.....	26
2.8. Rizikové sporty	27
3. Syndrom rizikového chování v dospívání	28
Empirická část	
4. Analýza rizikového chování na ZŠ Gajdošova	31
4.1. Cíl a výzkumný problém	31
4.2. Stanovené hypotézy	31

4.3. Sběr dat	31
4.4. Výzkumná metoda	32
5. Moderující role osobnostních vlivů v etiologii riz. chování v adolescenci.....	34
5.1. Vztah psychické odolnosti a závažnosti projevů SRCH – D	34
5.2. Vztah mezi psychickou odolností a chováním podporujícím zdraví	35
5.3. Vztah deprese a projevů SRCH – D u souboru žáků	36
6. Role záškoláctví v etiologii SRCH-D	37
7. Porovnání výsledků zkoumání se stanovenými hypotézami	38
Závěr	40

Úvod

Už od nepaměti každá generace považuje soudobou mládež za nevychovanou a výstřední. Bylo to, je a bude velice diskutované téma nejen mezi staršími jedinci důchodového věku konverzující v tramvaji, ale stále více se toto téma skloňuje ve všech možných kontextech. Neustále vznikají nové a nové studie, konají se odborné přednášky a besedy a budují se centra na pomoc jedincům s touto problematikou. S tímto problémem se setkáváme každý den. Osobně se domnívám, že v dnešní době televizních, tištěných nebo i internetových médií jsou tyto problémy více na očích a společnost o nich slyší či čte každý den. Na jednu stranu je velice dobře, že máme takovou míru informovanosti, ale na stranu druhou roste strach rodičů o své děti a celkově narůstá všeobecná obava z úpadku společnosti.

Tlak na mládež se neustále zvyšuje stejně tak jako očekávání a nároky ze stran rodičů, ale i školy a do jisté míry i ze strany vrstevníků. Celkově je to velice citlivé, náročné a citově vypjaté období života, které nás nejvíce určuje do budoucnosti. Je to období, kdy jedinec na jedné straně prochází složitým somatickým vývojem, na druhé straně jsou velice citelné psychologické změny. Přidáme-li k tomu tlak rodičů a školy na dobré vzdělání, které bude určovat budoucí povolání, pro které se ještě nerozhodli a bouří hormonů a s tím spojený zájem o druhé pohlaví, jde o období života z mého pohledu nejnáročnější. Každý si tímto obdobím musí projít, ale ne každý ho projde, jak se říká „bez ztráty kytičky“. Tím myslím, že projít tímto obdobím a neexperimentovat s žádnými rizikovými svody je téměř nemožné. Adolescenti jsou zvědaví a testují hranice, kam až mohou zajít. Bohužel, toto období opravdu nejvíce určí náš život a význam pro společnost. Dobrou zprávou ale zůstává, že většina z nich z toho vyroste.

Tutu práci jsem si vybrala, protože mě tato problematika osobně velice zajímá. Snad jsem i doufala, že zde naleznu návod jak zdravě překonat pubertu svých tří dcer.

Cílem práce je zmapovat problematiku a projevy rizikového chování u adolescentů. Dále objasnit faktory rizikového chování, ovlivňující výskyt u cílové skupiny na vybrané škole. V teoretické části se zabývám rizikovými jevy, které se v naší společnosti objevují. Vymezuji pojem adolescence a některé pojmy, které by se mohly jevit jako klíčové pro rozvoj tohoto chování. Práce obsahuje i stručné představení projevů rizikového chování. Empirická část práce zahrnuje dotazník, který byl dán žákům ZŠ Gajdošova, a který je zaměřen na četnost projevů rizikového chování a jeho vliv na rozšíření dalších poruch.

1. Vývojové zvláštnosti v adolescenci

V této kapitole nejprve nabídnu rozdělení dospívání dle Langmeiera a Krejčířové, vymezím cíle a úlohy dospívání dle Labátha, a uvedu nejvýznamnější socializační činitele.

1.1. Dospívání

Langmeier a Krejčířová (2006) charakterizují a vymezují období dospívání takto:

V základním – biologickém smyslu lze období dospívání vymezit široce jako životní úsek ohraničený na straně jedné prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků) a více nebo méně vyznačenou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopností) a dokončením tělesného růstu.

Současně s biologickým zráním probíhá řada významných a nápadných psychických změn, které můžeme povšechně charakterizovat ohlášením nových pudových tendencí a hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého (formálně abstraktního) způsobu myšlení a dosažením vrcholu a jeho rozvoje.

1.1.1. Dělení adolescence

Kabíček (2014) považuje přesné rozdělení adolescence za velice obtížné. Začátek i průběh adolescence je totiž individuálně velmi variabilní. Dívky somaticky dozrávají dříve, bazální pohlavní zralosti (menarche) dosahují průměrně kolem 13. roku. Chlapci naproti tomu dosahují bazální pohlavní zralosti (první poluce) průměrně kolem 15. roku. Vše je ale individuální a u každého jedince jinak. Někdo může pohlavní zralosti dosáhnout dříve (early maturers) či naopak později (late maturers). V takových případech mohou děvčata dosáhnout menarche již v deseti nebo naopak až v patnácti letech. A u chlapců začne první poluce ve dvanácti letech nebo třeba až sedmnácti. Stále se tato odchylka ale nepokládá za nic výjimečného.

Na rozdělení adolescence si půjčím dělení dle Langmeiera a Krejčířové (2006)

Období pubescence – zhruba od 11 do 15 let

a) Fáze prepuberty (první pubertální fáze): Začíná prvními známkami pohlavního dospívání, zejména objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků, a obvykle i „vlnkou“ urychlení v růstové křivce. Končí s nástupem menarche u dívek, resp. analogickým vývojem u chlapců (první výron semene – noční poluce). U většiny našich dívek trvá tato fáze zhruba od jedenácti do třinácti let, u chlapců probíhá fyzický vývoj asi o 1 – 2 roky později.

b) Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze): Nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. První menzes bývají zpravidla anovulační a často nepravidelné. Pravidelný ovulační cyklus a schopnost oplodnění se tedy dostavuje až za nějaký čas po prvních menzes – zpravidla za 1 až 2 roky. Podobně i reprodukční schopnost chlapců je dosahována o něco později po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13 – 15 let.

Období adolescence - zhruba 15 – 22 let

Langmeier a Krejčířová uvádějí: „*V této době je postupně dosahována plná reprodukční zralost (růst uter je ukončen kolem 20 let, testes rostou ještě po 20. roce) a dokončován tělesný růst (ovšem už pomalejším tempem). Rychle se mění postavení jedince ve společnosti – došlo k přechodu ze základní školy do učebního poměru nebo na střední školu, začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí.*“

Matějček (2010) ve svém semináři uvádí, že existuje mnoho příležitostí pro vzájemné kontakty mladistvých a pro vytváření smíšených skupin. Mladiství chtějí být sami, bez kontroly dospělých. To přináší pro život množství důležitých vývojových podnětů a je školou samostatnosti. Má však také určitá úskalí. V tzv. partách se může do vedoucího postavení prosadit jedinec s psychopatickou osobností, který pak určuje ráz celé skupiny. Méně vyspělí a nezkušení příslušníci takové skupiny se mohou nechat strhnout k neuváženému jednání (asociálnímu, zdraví škodlivému, agresivnímu apod.) Přispívá k tomu i např. tendence ukázat se před ostatními nebo nezůstat pozadu.

Projevy citových konfliktů v dospívání bývají velmi silné a tak nápadné, že se celé období označuje jako období „bouří a krizí“. Dospívání doprovázejí emoční nestabilita a časté a nápadné změny nálad. Obtíže při koncentraci i pozornosti spojené s emoční

nestálostí ztěžují soustavné učení a nezřídka dochází k výkyvům ve školním prospěchu. (Langmeier, Krejčířová, 2006) Typická je i snaha se nějak odlišovat a také dosahovat intenzivních a mimořádných prožitků. Zároveň potřebuje být součástí určité skupiny vrstevníků, která jej uznává. Také proto jsou mladí lidé mimořádně náchylní k experimentování s drogami, což může vést až k vytvoření závislosti. (Vymětal, J. 2003)

1.1.2. Cíle a úlohy dospívání

Během období dospívání a adolescence je potřeba pro zdravý vývoj jedince dosáhnout určitých mezníků. Kterými cíli a úlohami by měl adolescent projít, shrnuje Labát dle Kožnara (2001) takto:

- postupně rozvíjet svoji citovou, postojovou, hodnotovou a názorovou nezávislost, přiměřeně se emancipovat ve vztahu k rodině, vytvářet si nový vztah k autoritám
- vytvářet a strukturovat vztah k vrstevníkům, rozvíjet nové významné interpersonální vztahy a orientovat se v nich
- integrovat eroticko-sexuální život do osobnosti jako do celku, vyrovnávat se se silnou eroticko-sexuální potřebou tak, jako se postupně vyvíjí eroticko-sexuální citění
- rozvíjet své životní cíle, přijímat určité životní hodnoty, tvořit si vlastní názor
- rozvinout pocit osobní identity, vymezit kdo jsem, co jsem, čím se odlišuji od ostatních lidí, vytvořit si reálný obraz o sobě a vnitřně ho přijmout
- připravit se na přebrání úplné zodpovědnosti za svůj život a životní spokojenost

Cílem, ke kterému procesy v období puberty a adolescence směřují, a o který dospívající tak úzkostlivě usiluje, je samostatný, nezávislý, zodpovědný člověk. Je připravený plnit úlohy vyplývající ze založení vlastní rodiny, úlohy v profesionálním životě, schopný vytvářet a udržovat hodnotné interpersonální vztahy, které ho citově uspokojí a naplňují. Člověk schopný vidět sám sebe, ostatní lidi a prostředí, ve kterém žije reálně bez předsudků a deformací. Hlavně smysl pro realitu, který je jedním ze základních rysů dospělosti, odlišuje dospělost od adolescence, kde převládá černo-bílé vnímání světa.

1.2. Socializace jednice

R. Havlík (2002) uvádí: *„Každý je neopakovatelnou bytostí, ale současně produktem procesů probíhajících v našem prostředí, které vedou k tomu, že chování každého je přes všechnu originalitu pravděpodobnostně předvídatelné a díky tomu je život společnosti vůbec možný. Zprostředkujícím nástrojem mezi jedincem a společností je proces socializace (a výchovy jako záměrného působení).“*

Socializace je proces, který propojuje každého jedince se společností. Jedinec se tím stává z „biologického tvora“ člověkem (kulturní a sociální bytostí), která se chová podle uznávaných pravidel a koriguje své chování ke společensky přijatelným hodnotám. Plní individuálně modifikovaná očekávání jinými slovy „role“. Socializace je synonymem pro začlenění jedince do společnosti. Smyslem socializace je zvnitřnění kulturních norem a hodnot, kdy je jedinec nebere jako nátlak společnosti ale bere je za „své“. Jedinec je objektem formativního působení vnějších vlivů. Neúspěch socializace je společenské vyloučení jedince. Nejvíce je tento neúspěch pravděpodobný tam, kde nebyly vytvořeny vhodné podmínky (nefunkční či disfunkční rodiny, děti týrané a zanedbávané).

1.2.1. Socializační činitelé

Rodina

Jedlička R. 2004 uvádí: *„Rodina je primárním činitelem socializace v raném dětství a od té doby má trvalý a významný vliv na vývoj a na sebepojetí jedince.“*

Rodina vždy hrála, hraje a hrát bude nezastupitelnou roli při výchově. Od narození ovlivňuje náš život a výrazně ovlivňuje, jaký člověk se z nás stane.

Nejvýznamnější funkce jsou socializační, výchovné a vzdělávací. Čáp chápe způsob výchovy jako celkové výchovné působení, zahrnuje vzájemné emoční vztahy dospělých s dětmi, způsob jejich komunikace, emoční klima při společné činnosti, také velikost požadavků na dítě i způsob jejich kladení a kontroly plnění. Patří sem i volba trestů a odměn a dalších výchovných prostředků a také reagování dítěte na tyto prostředky. Způsob výchovy zahrnuje vzájemné i bezděčné působení, je charakterizován názory a postoji k člověku, k dítěti a výchově a je výrazně vyjádřen upevněnými formami chování. (Lašek, J. 2005)

Škola

Dalším významným činitelem socializace je škola. Setkání se školou staví pozice, role a autoritu rodičů do nového světla, přestože rodina zůstává zázemím veřejné socializace. Rodina realizuje svoji výchozí funkci až v mimoškolní době, o víkendech a prázdninách. Škola je přechodem do nového světa práce – učení a je pro děti prvním setkáním s „veřejným prostorem“. Dítě vstupuje do neznámých formálních (školní řád) i neformálních (spontánně vznikajících) vztahů. Ty vyplývají z povahy školní práce, interakcí učitele a žáka i mezi žáky samotnými. Škola se stává bodem, kolem něhož se organizuje každodennost dítěte a vyžaduje plnění povinností a nový typ konformity. Dítě se musí začlenit mezi vrstevníky a prosadit si a obhájit svoji pozici. Školu lze chápat jako „předobraz společnosti dospělých“. (Havlík R. 2002)

Vrstevnická skupina

Základním faktorem socializace v dětství se stává vrstevnická skupina. Zhruba od deseti let začíná vliv vrstevníků na vlivem dospělých převažovat. Do dvanáctého až třináctého roku dítěte bývají vrstevnické skupiny podle pohlaví homogenní (chlapecké a dívčí), s pubertou se vytvářejí smíšené. (Havlík R. 2002)

Spolu s uvolňováním závislosti na rodičích probíhá v pubertě začleňování do skupiny vrstevníků. Zkušenosti z komunikace a osobních vztahů v rodině jsou sice základem, ale komunikace a vztahy s vrstevníky jsou pro další začlenění do společnosti rovněž nezbytné. Pubescent hledá ve skupině vrstevníků přijetí jakožto rovnocenný partner. Vrstevníci mají stejné nebo podobné problémy a zájmy na rozdíl od dospělých. Když je pubescent akceptován skupinou vrstevníků, přináší mu to značné uspokojení, jistotu, kladné hodnocení, na jehož podkladě lze budovat sebehodnocení, které bylo otřeseno změnami v dospívání a četnými konflikty. Mladistvý se identifikuje se skupinou vrstevníků, přejímá její názory, normy i vnější momenty – oblečení, způsob vyjadřování, gestikulaci, preferuje stejné zpěváky a styl hudby, zábavy aj. Dříve nebo později se může ukázat, že osamostatnění od rodiny vedlo mladistvého do nové závislosti – na skupině vrstevníků. Vyrůstá tak další vývojový úkol – uvolnit se ze závislosti na skupině vrstevníků, vytvořit si kritičtější postoj k ní. Záleží pak na kvalitách skupiny vrstevníků, na nátlaku některých skupin, na možnostech mladistvého najít jinou skupinu. (Čáp J., Mareš J., 2007)

Média

Významnou roli v utváření jedince hraje i vliv masových sdělovacích prostředků. Nejvýraznější jsou to hudební a vizuální nosiče, televize, DVD, a stále více internet, které ovlivňují volný čas mládeže a jejich kulturní specifiky, které spoluutvářejí až „subkulturní“ rysy zejména u pubescentů. Zejména vliv televize a filmů je posuzován podle uniformity, vyrovnání životního stylu, stírání kulturních rozdílů mezi městem a venkovem a jsou zdůrazňovány spíše negativní a problematické vlivy na životní styl lidí než na vzdělávací a informační možnosti moderních prostředků přenosu informací. Mnohé z toho, co zvláště komerční televize šíří, jsou sugestivní návody ke konzumnímu životnímu stylu a rozsáhlé manipulace veřejným míněním, které zplošťují mnohorozměrnost světa, mění ji v sérii zjednodušujících obrazů. Řada studií se věnuje také přímo souvislostem mediálního působení s růstem sociálně patologických jevů. Odborníci konstatují růst násilí na televizních obrazovkách, s nímž přichází do styku řada dětí a mladistvých. Mnohé závěry vycházejí z teorie behaviorální nápodoby, zdůrazňující riziko návyku na brutalitu jako na běžné a inspirující řešení kontroverzních situací, ale nedokážou vyložit, proč někteří diváci násilí přijmou do svého chování a jiní nikoli. Rostoucí zločinnost nemá přímou souvislost se zvyšováním brutality v televizích, ale návyk na násilí a snižuje inhibici – kulturně vytvořené zábrany k užívání násilného jednání. (Havlík R. 2002)

2. Rizikové chování

Dospívání je obdobím radikálních změn v organismu i v osobnosti vyvíjejícího se jedince. Většina adolescentů se s těmito nároky úspěšně vyrovná, ale v poslední době stoupá počet těch, kteří přijímají rizikový způsob života. Jedná se o celosvětový problém, kdy stále více dospívajících se projevuje rizikovým chováním a věková hranice se stále snižuje. V posledních letech studie ukazují, že v moderních společnostech se na cestě k dosažení zdravé dospělosti stalo nejrizikovějším obdobím dospívání. Ukazuje se, že zdraví dospívajících je více ohroženo jevy behaviorálními než biomedicínskými proto se sloganem WHO stalo: „klíčem ke zdraví dospívajících je jejich chování“.

Za rizikovou mládež považujeme dospívající, u kterých je, následkem spolupůsobení více faktorů, zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální a psychické oblasti. (Labáth V. 2001)

Oblasti rizikového chování

1. Rizikové chování v oblasti zneužívání návykových látek (nikotin, alkohol, ilegální drogy).
2. Rizikové chování v oblasti reprodukčního zdraví (předčasný sexuální život a s tím spojené střídání partnerů a riziko vzniku pohlavních nemocí, nechtěná časná těhotenství)
3. Rizikové chování v oblasti psychosociální (poruchy chování, agresivita vedoucí až ke kriminalitě, nadměrné rvačky nebo šikana, závažné ničení majetku, krádeže, úrazy spojené s rizikovými sporty, deprese až suicidiální jednání, záškoláctví, zhoršený prospěch, útoky z domova, poruchy příjmu potravy) (Hamannová J. 2014)

Labáth (2001) ve své práci také nabídl určitou kategorizaci rizikového chování adolescentů, když je rozděluje do tří forem. Odkazuje se přitom na závěry Světové zdravotnické organizace (WHO):

- *pasivní forma* problémového chování zahrnuje únikové aktivity, vyhýbání se nárokům nebo sebevražedné aktivity, které jsou však extrémním případem
- *agresivní forma* obsahuje projevy delikvence či násilí, které mohou nabýt extrémní podoby ve formě terorismu
- *kompromisní forma* v sobě pojímá projevy sociální či profesní nestability

2.1. Návykové látky

Psychoaktivní látky, které jsou přirozeného nebo syntetického původu a vyvolávají závislost, rozdělujeme podle jejich působení na tři skupiny:

1. Látky působící psychostimulačně, které vyvolávají stavy euforie a zrychlují psychomotoriku

2. Látky působící psychoinhibičně, které potlačují úzkost a depresi a snižují motoriku
3. Látky působící vysloveně desintegračně, které vyvolávají iluze a halucinace

Možností jak vstupují látky do organismu je hned několik:

- a) ústy (perorálně), případně jinými otvory
- b) injekčně (parenterálně)
- c) kouřením, event. čicháním
- d) pokožkou (např. pomocí náplastí)

(Marhounová J., Nešpor K. 1995)

Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

Nešpor (2000) ve své práci uvádí specifika působení návykových látek u mladistvých:

1. *„Závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců)*
2. *Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý*
3. *Z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky.*
4. *U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.)*
5. *I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestný činnost atd.)*
6. *Je zde také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo zneužívat více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací.*

7. *Recidivy závislostí jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah.*“

2.1.1. Tabákové výrobky

Experimentování s tabákovými výrobky je v adolescenci velice časté. Mládež zkouší kouřit z nejrůznějších důvodů. Ať už je to ze zvědavosti nebo napodobují rodiče. V drtivé většině případů to ale praktikují, aby se ukázali před vrstevníky. Domnívají se, že jim to upevní společenský status a budou oblíbenější. Každý se snaží zapadnout do kolektivu a experimentování s tabákovými výrobky patří k jednomu ze způsobů, jak tohoto dosáhnout.

Jaro Křivohlavý (2009) se k důvodům kouření mladistvých staví takto: *„Sledujeme-li kuřáky od chvíle, kdy začali kouřit, je zřejmé, že prvotním důvodem ke kouření je vliv druhých lidí kolem nich. Studie 12-18letých mladistvých kuřáků (a tvoří v tomto věku již 15% populace) ukázaly, že to naléhání, přání svádění či ostrakismus jejich kamarádů a kamarádek (kdo nekouří je „srab“), co je vedlo k tomu, aby to zkusili (jde o tzv. peer pressure – tlak sobě rovných). Start kouření bývá proto označován též jako „sociální nakažlivost“ - sociální ovlivnění zrodu rizikového chování.*“

Stádia vývoje kuřáctví u dětí a mládeže

Mnoho autorů pojímá kuřáctví jako proces, který progreduje v několika stádiích.

1. Stádium před-zvažovací zahrnuje nekuřáky, které nikdy nenapadlo přemýšlet o kouření, kteří si nepřipouštějí možné výhody kouření a ignorují případné vlivy a tlaky okolí.

2. Stádium zvažovací nebo přípravné je označení pro období, kdy děti začínají přemýšlet o kouření, o postojích ke kouření, o celkovém dojmu, který kouření vyvolává. Pro toto stádium má klíčový význam vliv vzorů (kouření rodičů, známých osobností) a sociální prostředí vrstevníků. Důvody, které podporují pozitivní postoje ke kouření, jsou především tyto: a) být nezávislý, provokující, ostřílený, vypadat chladnokrevně b) snížit sociální nerozhodnost až úzkost, být přijatelný pro vrstevníky c) ovládat emoce

3. Stádium iniciační: děti zkouší kouřit své první cigarety. Je charakterizováno zesílením vlivu vrstevníků a oslabením vlivu rodiny. K motivům prvních začátků patří hlavně příslušnost k určité skupině (partě), případně špatné výsledky ve škole.
4. Stádium experimentování označuje postupně zvyšování frekvence kouření a i variabilitu situací, při nichž se obvykle kouří. Děti v tomto stádiu zdůrazňují především pozitivní aspekty jejich kouření, přestože ve skutečnosti mohou pociťovat spíše nepříjemné průvodní účinky nikotinu. Někteří ještě nejsou zcela rozhodnutí o svém kuřáckém chování v budoucnosti, jiní však už sami sebe vnímají jako kuřáka. Rodinné prostředí může podpořit dostupnost cigaret. Děti získávají dovednosti při manipulaci s cigaretou, učí se správně vdechovat, aby kouření mělo co největší účinek.
5. Stádium je pravidelné kouření, zpočátku s omezenou frekvencí, např. při víkendových setkáních.
6. Stádium, tj. každodenní kouření, včetně rozvoje závislosti. Kouření se stává nedílnou součástí sebeovládání při různých situacích. Kouření poskytuje stimulování, relaxaci, příjemnou náladu, snižuje úzkost, uspokojuje nutkavou chuť. Kuřáci kouří ze zvyku. (Hrubá D., Kyasová M. 2001)

Kuřáci vědí, že cigarety obsahují nikotin. Ti závislí na nikotinu, a těch je většina, kvůli tomu nemohou s kouřením přestat. Vědí také, že při hoření vznikají karcinogenní látky, ale jsou přesvědčení, že většina z nich je zachycena cigaretovým filtrem. Málo kuřáků ale tuší, že v tabákovém kouří bylo až dosud identifikováno více než 4 000 chemických substancí, které se také podílejí na škodlivých účincích kouření. Cigaretový kouř obsahuje látky dráždící oči a dýchací systém, toxické látky (jedy), mutageny (ovlivňující DNA), karcinogeny (rakovinotvorné látky), reproduktivně – toxické látky (ovlivňující schopnost početí). Toxické látky zahrnují např. amoniak, akrolein, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, nikotin, oxidy dusíku, fenol, oxid síry. Samostatný kouř z cigaret je zařazen do seznamu karcinogenů I třídy A (nejvyšší nebezpečnost). (www.kurakova-plice.cz)

Je obecným zjištěním, že odvykání kouření je mimořádně těžké a pro mnohé lidi téměř nedosažitelné. Nejlepší formou zabránění tomu, aby se kouření nemuselo odvykat, je předcházet jeho vzniku. Má – li však tato prevence být účinná, měla by se začít co nejdříve – v co nejmladším, nejlépe v dětském věku. (Křivohlavý J., 2009)

Při výzkumu, který byl realizován v USA, bylo vyšetřeno celkem 8704 adolescentů – kuřáků a 6947 adolescentů- nekuřáků. Během jednoho roku se objevily příznaky deprese u 12% kuřáků a jen u 4,8% nekuřáků. Autoři výzkumu z toho vyvozují, že nikotin či jiné látky obsažené v cigaretovém kouři mají depresivní vliv na centrální nervový systém. (Křivohlavý J.,2009)

2.1.2. Alkohol

Česká republika patří na žebříčku konzumentů alkoholu na přední pozici. Každý rok připadá na jednoho Čecha spotřeba okolo 16,4 l čistého alkoholu. Alkoholismus patří v ČR mezi nejrozšířenější a nejzávažnější formy návyku. Alkohol je všeobecně velice dostupný a často a velice snadno se k němu dostanou i děti. Dle mého názoru za to může i společensky rozšířená tradice požívání alkoholu při rodinných, firemních společenských a jiných oslavách. Alkohol je vlastně nabízen a konzumován na všech společenských akcích a myslím si, že už to je neodmyslitelně spjata s českou náturou.

Samozřejmě, že mezi nejoblíbenější alkoholický nápoj v Čechách patří pivo. Řekněme, že je vnímáno jako národní nápoj. Dále se velice často konzumuje víno a pak ostatní druhy čistého alkoholu. Pro srovnání obsahů alkoholu Nešpor uvádí že 10° pivo obsahuje kolem 2 % alkoholu, 12° pivo 3 – 4 %, víno většinou 10-18% a destiláty kolem 40% a více. V půl litru 12° piva je zhruba stejně alkoholu jako ve 20 ml vína nebo 50 ml destilátu. (Nešpor K. 1995)

U dětí a dospívajících stojí alkohol v oblasti abúzu návykových látek na předním místě. Jeho závažnost je dosud podceňována. Alkohol je všeobecně dostupnou návykovou látkou se sedativně hypnotickými účinky. Etylalkohol (C_2H_5OH) se velmi rychle vstřebává ze zažívacího traktu, maximální hladina v krvi se objevuje za 30 až 90 minut po požití nalačno. Děti jsou mnohem citlivější. Letální dávka se pro dítě pohybuje kolem 3g alkoholu/kg váhy (4ml čistého alkoholu/kg). Proto se pro dítě vážící 50 kg, může 0,5 l vodky představovat letální množství. (Kabíček P., Černá O. 2005)

Stádia alkoholové intoxikace

Následky požití alkoholu probíhají ve čtyřech stádiích, od excitačního přes hypnotické, narkotizační až po asfyktické.

1. Podnapilost (0,3 – 1‰) - dochází ke snížení úzkosti, euforie, odstranění pocitu nejistoty, k příjemnému pocitu uvolnění. Může být již zhoršena koordinace jemnějších

pohybů, dochází k prodloužení reakční doby, což je spojeno s vyšším rizikem úrazů. Pro okolí však tento stupeň nemusí být patrný.

2. Lehký stupeň opilosti (1 – 1,5‰) přináší již nápadné změny v chování intoxikovaného – zvýraznění psychomotoriky, mnohomluvnost, chvástavost, snížení morálních zábran, sklon k násilnému jednání, uvolnění ve sféře sexuální. Jsou porušeny senzorické funkce, nejvíce zrak a později i sluch.

3. Ve středním stupni opilosti (1,5 – 2‰) dochází ke snížení pozornosti, zpomalení psychomotoriky, výraznému útlumu – tzv. stádium hypnotické.

4. Těžký stupeň opilosti (2 – 3‰) bývá již provázen závažnými poruchami koordinace, rovnováhy a řeči, diplopií, miózou, objevují se hypotermie, hypoglykémie, poruchy vědomí, je ohrožen aspirací – tzv. stádium narkotizační.

5. > 3 ‰ jsou stádiem akutní otravy alkoholem. Dochází k závažné poruše vědomí a ventilace. Intoxikovaný je ohrožen zástavou dechového centra v mozku a zadušením – tzv. stádium asfyktické.

(Uvedené hodnoty alkoholu v krvi, které jsou přiřazené k určitému stádiu, jsou pouze orientační) (Ratajová P. 2005) (Kabíček P., Černá O. 2005)

Stádia závislosti na alkoholu

Marhounová a Nešpor (1995) uvádějí ve své publikaci tyto stádia závislosti na alkoholu:

1. Stádium – alkohol je drogou, kterou si člověk sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl dobré nálady.

2. Stádium - „píjan“ přechází od méně koncentrovaných nápojů ke koncentrovanějším a dobře alkohol snáší.

3. Stádium – tolerance organismu vůči množství alkoholu v krvi je stále dobrá, ale začínají se objevovat poruchy paměti, tzv. okénka.

4. Stádium – tolerance organismu se snižuje, k opilosti stačí už velmi malé množství

Znaky požití alkoholu

Znaky požití alkoholu se nejčastěji prokazují v dechu. Dále bývají zarudlé oči, zhoršená pohybová koordinace, bolesti hlavy v kocovině, nejistá chůze, nezřetelná výslovnost, ospalost, oslabení zábran v chování, slovní nebo fyzická agresivita.

Známky dlouhodobého požívání: „okénko“ - tzv. ztráta paměti na události v průběhu opilosti, třes i v době, kdy nebyl požit alkohol, ospalost, samotářské pití, požívání alkoholu k uklidnění, ztráta nepijících přátel, častější úrazy, popáleniny. (Marhounová J, Nešpor K., 1995)

Pití alkoholu u mladistvých

Z Kabíčková výzkumu vyplývá, že alkohol v životě pilo téměř 98% dotázaných, přibližně 60% (66% chlapců a 50% dívek) lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě). V posledních 30 dnech pilo alkohol 79% studentů: téměř 72 % pilo pivo, 47% pilo víno a téměř 59% uvedlo pití destilátů v posledních 30 dnech.

Poměrně novým fenoménem je rostoucí obliba pití alkopops, tj. limonád s obsahem alkoholu. V západoevropských zemích je tento trend mezi mladými lidmi sledován již delší dobu, u nás potvrzují rostoucí oblibu alkopops výzkumy z let 2007 – 2011, podle nichž alkopops pilo někdy v posledním měsíci 41 % resp. 47 % dotázaných.

2.1.3. Drogy

Presl (1994) definuje termín „droga“ : „nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku.
2. Může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako potenciál závislosti“.

Vezmeme-li v úvahu tyto dvě kritéria, pak si nemůžeme nevšimnout, že drogy jsou opravdu všude kolem nás. Některé jsou společensky tolerované a proto „legální“. Začít můžeme u alkoholu (pivo, víno, destiláty), dále cigarety a jiné tabákové výrobky (doutníky, tabáky) ale patří sem i káva nebo čaj.

Drogy jednoznačně a neodmyslitelně patří k rizikovému chování adolescentů. Experimentují s alkoholem, cigaretami a také dost často s marihuanou. Bohužel se ale také objevuje experimentování s tvrdšími drogami, jako např. hašiš, pervitin, extáze a další, které je stimulují a nabudí. „*V současné době není výjimkou přítomnost drogy na školách. Zatímco dříve se tajně kouřilo na záchodě nebo se pil alkohol na mejdanech, dnes se užívají drogy nejen mimo školu, ale i ve škole. Řada škol si to však nechce připustit.*“ (Hampl K.)

Dělení drog na tzv. měkké a tvrdé, či lehké a těžké je značně nepřesný. Příkladem tzv. lehkých drog je například káva, všechny drogy tabákových výrobků, produkty konopí (marihuana, hašiš) a také alkohol. Ale hranice mezi měkkými a tvrdými drogami je velmi sporná. Podle negativního účinku užívání alkoholu a tělesné i duševní zdraví lze alkohol charakterizovat spíše jako drogu stojící na rozhraní mezi měkkými a tvrdými drogami. (Presl J., 1994)

Psychologická charakteristika cesty do závislosti

Kabíček rozděluje po psychologické stránce 4 fáze cesty do závislosti: experiment, užívání, problémové užívání a závislost

- *experiment* – kontakt s NL je téměř vždy motivován sociálně – pod tlakem vrstevníků. Z experimentu většina lidí odstupuje a nadále abstinuje. Důvody jsou různé – nepříjemný zážitek, negativní vztah k droze, z důvodů dobré výchovy apod. Vztah k NL není nijak vyhraněný a jedinec ji nevyhledává pro její vlastní účinek.
- *užívání* – tzv. „okouzlení drogou“ v této fázi nachází jedinec pro něj pozitivní vlivy NL – např. lepší uplatnění, adaptace ve vrstevnické skupině. Pod vlivem NL může dojít k uvolnění pocitu tenze nebo úzkosti a uživatel má pocit, že mu droga přináší jen „pozitiva“.
- *problémové užívání* - někteří psychologové tuto fázi označují jako stádium dvojí identity. Jedinec i nadále vnímá „pozitivní“ vlivy drogy, ale začnou se dostavovat první problémy většinou sociálního charakteru – problémy ve škole, s policií, zvýšení absence ve škole atd.
- *závislost* – pokud zneužívání NL přetrvává, přechází jedinec dříve či později do fáze závislosti.

Rozdělení skupiny drog

- Stimulační drogy – pervitin, kokain, crack, extáze, PCP, STP
- Opiáty – opium, morfin, kodein, braun, heroin
- Konopné drogy – marihuana, hašiš
- Halucinogenní drogy – LSD, trip, lysohlávka, T (těčko)
- Těkavé látky - toluen

Stimulační drogy

Tyto drogy stručně řečeno mají základní účel a to celkově stimulovat a povzbudit, proto jsou celosvětově velice oblíbené. Při požití těchto drog dochází k celkovému povzbuzení, odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizací, zvýšené empatii a hlavně k uvolnění zábran (vyhledávané hlavně kvůli sexuálním hrátkám). Bohužel na straně druhé, a to po vyprchání účinků drogy, dochází k zásadním proměnám psychiky. Skoro vždy se objeví stav, který je ve slangu označován jako „stíha“. Jedinec začne být podezřivý a úzkostný. Mají pocit, že ho ostatní pozorují, že se na něho domlouvají a hovoří o něm. Jedinec si rozvíjí duševní poruchu – paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu. Tento stav se dá velice dobře přirovnat ke schizofrenii. Mohou se přidružovat i sluchové a zrakové halucinace. Ve výjimečných případech tento stav končí smrtí (např. ze strachu vyskočí z okna).

Naše nejoblíbenější stimulační droga je mentanfetamin – **pervitin** („perník“, „pěčko“, „piko“ atd.) hlavně proto, že se dá poměrně snadno vyrobit (zvládne to i absolvent chemické průmyslovky) a proto se hojně vyrábí ve varnách po celé ČR. Základem této drogy je efedrin, který lze získat z různých kompoitních léků. Droga se do těla dostává nitrožilně, šňupáním ale i inhalováním.

V USA je zase velice oblíbená droga **kokain**. Jde o přírodní drogu, alkaloid obsažený v listech keře *Erythoxylon coca*. Účinky žvýkání listů cocy byl znám již starým Inkům v době 2000 let př. n. l. Chemicky čistý kokain byl poprvé izolován v roce 1860 v Německu. Tam se nejdříve používal jako prostředek pro místní umrtvení. Droga se užívá stejně jako pervitin.

Kokain také dobře nahrazuje **crack**, který ve své době málem nahradil kokain. Byl levnější a jeho účinky byly rychlejší ale stejné jako u kokainu. Crack se totiž na rozdíl od kokainu kouří a skrz plicní stěny se rychleji dostává do těla.

Do této skupiny drog patří i **ecstasy** (neboli „ekstáze“, MDMA). Jde o tzv. „taneční drogu“ hojně užívanou účastníky technopárty, diskoték atd. Je ve formě pilulek takže by se dalo říci, že je nejsnadněji aplikovatelná. Není známé přesné složení, a proto se často objevuje v různých podobách a barvách a uživatel drogy si pak nemůže být jist, jaké účinky bude mít. (Presl J., 1994)

Opiáty

Tato skupina drog je takto nazývána proto, že se jedná o alkaloidy získané z tzv. surového opia. Surové opium se získává z nezralých makovic. Opium bylo od nepaměti používáno jako lék nebo jako omamná droga umožňující chvilkový únik od strastí běžného života. Opium obsahuje celou řadu alkaloidů, mezi základní patří morfin a kodein. Oba byly postupně ze surového opia chemickou cestou izolovány a z obou později připraveny ještě účinnější deriváty – z kodeinu dikodid a z morfinu pak diacetylmorfin neboli heroin.

Tato skupina drog se projevuje silně euforickým účinkem a jeho efekt je celkově zklidňující. Nastává stav příjemného uvolnění a uklidnění, příjemného pasivního prožívání okamžiku spojené s odstraněním naléhavosti problémů běžného života. Lidé pod vlivem opiátů nejsou na první pohled nijak nápadní. Intoxikace nealkoholovými drogami je v přiměřené dávce méně nápadná než intoxikace alkoholem.

Na rozdíl od stimulačních drog, kde již při prvním experimentu zafunguje dle očekávání, u opiátů je to naopak. Presl ve své knize uvádí: *„Mnoho pacientů našeho střediska popisovalo své první setkání s účinky opiátů buď jako nulové, prostě žádné – nebo spíše negativní vzhledem k nevolnosti a zvracení. Tento negativní efekt může zapůsobit i tak silně, že celková zkušenost ve svém výsledku působí jako pozitivní prevence. Postižený jedinec s podobnými experimenty končí, v budoucnu je rezolutně odmítá a tím je před závislostí na drogách dlouhodobě chráněn.“*

Presl také uvádí že: *„Tři čtvrtě roku až rok trvá vývoj situace, kdy se jedinec, který pokračuje v experimentování, přesouvá z pozice občasného uživatele do pozice závislé osoby s abstinenčním syndromem a prvními příznaky celkového osobního sestupu.“*

„**Braun**“ - tradiční opiát naší drogové scény. Je prakticky bez výjimky užíván nitrožilně. Jde o tekutinu nahnědlé nebo hnědé barvy. Proto si vysloužila svoji přezdívku.

Klasickým představitelem skupiny opiátů je **heroin**. Byl syntetizován v roce 1898 a sloužil jako farmaceutický výrobek. Jednu dobu byl experimentálně používán jako lék proti závislosti na morfin. Heroin se jen výjimečně píchá do žíly, v naprosté většině případů se kouří. (Presl J., 1994)

Konopné drogy

Cannabis sativa, konopí seté, je jednoletá, dvoudomá bylina. Existují různé formy, které se od sebe liší obsahem pryskyřice a množstvím účinné látky THC. Je to nejstarší rostlina pěstovaná pro svoje psychotropní účinky. Pochází z Indie a je stará více než 5000 let. Jedná se pravděpodobně o vůbec nejvíce rozšířenou psychotropní drogu a její užívání je rozšířené po celém světě. Známe dva produkty z této rostliny – marihuana a hašiš. Obě obsahují stejnou účinnou látku, rozdílné jsou jen formy úpravy výsledného produktu. Hašiš (*charas*) je zaschlá a zformovaná pryskyřice za samičích rostlin konopí. Marihuana („marijánka“, „tráva“) jsou sušené a jinak upravené listy a květenství.

Popsat účinky marihuany není snadné, protože jako u jiných drog závisí efekt na osobnosti jedince. Požití marihuany sebou nese řadu nepříjemných doprovodných jevů jako třeba kašel, nevolnost, pocit úzkosti atd. Ale po odeznění právě těchto nepříjemných pocitů přichází stav příjemného rozpoložení mysli, uvolnění, pohoda a klid, euforie, výbuchy smíchu. U požití většího množství hašiše se můžou objevit zrakové halucinace či polospánek. Konopí lze kouřit, ale jsou běžné i jiné úpravy. Dá se z něho upéci pečivo a vyrobit čaj či polévku. Bohužel, je smutnou realitou, že užívání konopí je „vstupní branou“ do světa tvrdých drog. Zážitky jsou pro uživatele po delší době nedostatečné a nutí je sáhnout k něčemu silnějšímu např. pervitinu, braunu či heroinu. (Presl J., 1994)

Halucinogenní drogy

Tyto látky jsou jak přírodní tak i syntetické, jejichž jediný efekt je změna vnímání. Vnímání je porušeno do různé hloubky a intenzita může vyvolat obraz toxické halucinatorní psychózy. Tento stav je tak závažný, že je srovnatelný s těžkými duševními onemocněními. Tyto drogy byly vždy spjaty s náboženskými rituály. Účinná látka je alkaloid mescalín. Nejznámější syntetický halucinogen je **LSD**. Ten byl objeven až v roce 1943. U plných dávek je účinek velice razantní a zásadně se mění vnímání.

Mění se vnímání prostoru, času, barev i zvuků. Předměty se mění ve zvířata či osoby. Prostor se bortí, zmenšuje či zvětšuje. LSD bylo využíváno terapeuticky v psychiatrii. Je ale zajímavé, že abstinční syndrom se v této skupině nevyskytuje, nedochází k fyzickým poškozením organismu a závislost se ve své typické podobě nevyskytuje. U těchto drog se ale vyskytuje stav označován jako „flash back“ (po déle trávající abstinenci od drogy náhle dochází k subjektivnímu prožitku další intoxikace, bez toho, aby se droga opět brala).

Kvůli vysokým účinkům nebylo LSD až tak oblíbené a začalo se na trhu objevovat v jiné podobě a to s výrazně menším množstvím účinné látky. Tyto drogy byly označovány jako „**tripy**“. Při jejich požití dochází pouze k euforii, stimulaci a lehkým poruchám vnímání – zostřenému vnímání zvuků a barev.

Další drogou z této skupiny je psilocybin. Tato látka je obsažena v houbě známé jako **Lysohlávka česká**. Houba se většinou suší nebo nakládá a pak se různým způsobem konzumují její kloboučky. U dávkování se pouze mění počet zkonsumovaných kloboučků. Intoxikace způsobuje stavy euforie, smíchu, pohody a hovornosti.

Poslední drogou z této skupiny je **T** nebo „**téčko**“. Při jeho cíleném předávkování dochází ke vzniku toxické psychózy nejčastěji spojené s euforií a zrakovými halucinacemi. (Presl J., 1994)

Těkavé látky

Jedná se o skupinu organických rozpouštědel u nás reprezentovaný hlavně toluenem. Asi nejčastěji tyto drogy objevují romské populace. Jinak její obliba není nijak velká. Toto čichání poškozuje dýchací cesty, játra a způsobuje i změny na mozkové kůře. U těchto drog se dá těžko odměřit dávku, takže dochází častěji k nechtěnému předávkování, než u jiných drog. Presl (1994) tuto drogu označuje jako „drogu hloupých“.

2.2. Záškoláctví

Jeden z jevů, který také zahrnujeme do rizikového chování v adolescenci je záškoláctví. Škola je instituce, která významně ovlivňuje výchovu a socializaci žáků. Bohužel se tady setkáváme s nežádoucími jevy, které narušují výchovné působení a negativně ovlivňují proces socializace žáků. Jolana Hroncová (2010) poukazuje na paradox, že

škola je zároveň prostředím vzniku různých sociálních deviací žáků. Vyskytuje se zde více poruch chování, které by se daly považovat za deviantní chování žáků.

Sociální deviace je odchylka od očekávaného a institucionalizovaného chování, které určuje sociální norma v určitém sociálním útvaru.

Ve škole jsou nejčastější druhy deviantního chování: záškoláctví, krádeže, šikana, delikvence a kriminalita.

Záškoláctví je jev, když žák úmyslně vynechává docházku bez omluvení a velmi často bez vědomí rodičů. Nývltová (2010) rozlišuje záškoláctví v širším a užším slova smyslu. V širším ho charakterizuje jako neomluvenou absenci žáků bez ohledu na jejich počet a motivy. V užším slova smyslu se jedná o poruchu chování, jejichž základem je vážně narušený vztah ke škole a učení. Záškoláctví ale může být také reakce na složitou životní situaci, kterou dítě nedokáže zvládnout a řeší ji únikem ze situace.

Záškoláctví je považováno za sociálně patologický problém. Jde o výchovné problémové chování, které se odchyluje od přijatých norem a zvyků společnosti. Záškoláctví může být spjato s dalším deviantním chováním nebo tvoří přechod k němu. Bohužel tyto problémy jsou ve většině případů úzce spjaty s problémy v rodině a je to signál narušení předchozího vývinu jedince.

Společným jmenovatelem záškoláctví je narušená výchova, patologické sociální prostředí či narušené sociální a mravní chování. (A. Hudecová 2010)

2.3. Násilné chování

Šikana

S pojmem šikana se v dnešní době setkáváme stále častěji. V současné době je tato problematika velice horkým tématem. Většinou slýcháme o šikaně na školách mezi žáky ale nyní začínají vyplouvat na povrch i případy šikany ze stran žáků směrem k učitelům. Osobně se kloním k názoru, že se tu tento jev objevuje tak často, protože učitelé nemají pravomoce se proti tomuto chování účinně bránit. Zákon dnes učitele tak omezuje, že jsou v těchto případech prakticky bezbranní.

Šikanování je nebezpečný sociálně patologický jev, při němž je zejména omezována osobní svoboda, svoboda rozhodování, je ponižována lidský důstojnost a čest, mnohdy je obětím ubližováno na zdraví či na majetku.

Metodický pokyn MŠMT definuje šikanu takto:

„Šikanování je jakékoli chování, jehož záměrem je ublížit jedinci, ohrozit nebo zastrašovat jiného žáka, případně skupinu žáků. Je to cílené a obvykle opakované užití násilí jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí druhé osobě, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako nápadné přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou žáků.“ (MŠMT č. 28 275/2000-22)

Šikana nevzniká v nejnásilnější podobě okamžitě, ale prochází určitým vývojem. Nejprve začíná mezi agresorem a obětí, ale postupně se mohou přidávat i ostatní, protože se bojí, aby nebyli obětí oni sami. Pokud je šikana oznámena a vyučující z toho nevyvodí patřičné důsledky, pak se žáci přizpůsobí a už pomoc u dospělých nehledají. Na to má velký vliv nerozlišování pojmů žalování a informování. Informování slouží k pomoci oběti, kdežto žalování slouží pouze k poškození jiného žáka. (Kabiček P., 2014)

Kolář rozlišuje ve vývoji šikany pět stádií:

U **prvních dvou** zahrnují násilí psychické (legrácky a nadávky), ostatní žáci s tímto chováním nesouhlasí a informují učitele. V těchto stádiích jsou ještě ochotni o šikaně hovořit, ale jejich názory jsou závislé na názoru agresora či agresorů.

V **třetím** stádiu se začíná kolem agresora koncentrovat jádro, které vytváří normy, které pak platí v celé třídě. Děti už v této fázi učitele neinformují.

Ve **čtvrtém a pátém** stádiu se zvyšuje podíl fyzického ubližování. Již platí nově nastolené normy a agresivně se začínají chovat i žáci, kteří se dříve oběti zastávali. Tyto fáze vrcholí v tom, že se třída rozděluje na dvě skupiny, z nichž jedna práva má a ta druhá ne. (Kabiček P., 2014)

Kyberšikana

Za kyberšikanu považujeme ponižování a zesměšňování s využitím elektronické komunikace (SMS, chat, e-mail, sociální sítě, zveřejňování urážlivých obsahů na

internetových stránkách atd.). Tento druh šikany se příliš neliší od té obecné. Jedná se vlastně o další formu ubližování, která je nebezpečná zejména rychlostí informování ostatních, časovou neohraničeností a počtem diváků. Velice často je obět' kyberšikany také obět' šikany ve třídě. Dokonce podle výzkumů Minimalizace šikany v 78% případů kyberšikany pochází útočník ze stejné školy jako obět'. (Kabíček P., 2014)

Agrese

Nejprve rozliším pojmy agrese vs. agresivita.

Agrese: slovo pochází z lat. *agressio* – což znamená výpad či útok. V psychologicko – sociologickém pojetí znamená napadení, útočné jednání, které se projevuje záměrným poškozováním nebo násilím, omezováním jiné osoby, zvířete či věci. Agrese se může projevovat fyzickým napadením, ale také verbálně (urážkami či pomluvami).

Agresivita: je sklon k nepřátelskému, útočnému jednání vůči jiné osobě, živočichovi, či věci, který se projevuje agresemi.

V poslední době se setkáváme až příliš často s agresí u adolescentů. Strmě stoupá trestná činnost mládeže, násilná kriminalita mladistvých pachatelů, násilí na stadiónech, zneužívání síly vůči slabším jedincům či bezcílné bloumání part vrstevníků po městských sídlištích, které se baví nebezpečnými zábavami. Odborníci mají zkušenost, že ústavní léčba, byť je opakovaná, nebývá účinná. Rodina a škola je bezbranná vůči záškoláctví dětí. Hroživé signály nepřiměřeného vývinu dětí dostáváme v podobě psychosomatických onemocnění: žaludeční vředy, alergie, deprese. Jednou z příčin této sociálně – psychologické patologie je nesprávné vnímání pojmu agrese.

Velká skupina teorií agrese je, která předpokládá, že agrese je odpověď na frustraci a tím je spojená s úzkostí. Agresi pojímají jako odpověď na úzkost, překážky v činnosti směřující k cíli popř. jako odpověď na stav nebezpečí a ohrožení. Původním předpokladem bylo, že když se vyskytne frustrace, reakcí je agrese.

Agrese u živých bytostí má vnější a vnitřní příčiny. Nezáleží výlučně ani na jedné kategorii příčin, ale na jejich vzájemné souhře. Existují lidé s celoživotně sníženou nebo zvýšenou agresivitou. Ta je víceméně trvalou součástí jejich osobnosti. Zdá se, že u lidské agrese jsou genetické vlivy daleko méně významné než vlivy prostředí. Individuální rozdíly mezi lidmi jsou podmíněné vrozeným podkladem, ale záleží na vlivech prostředí, které dispozice se budou dále rozvíjet a které zůstanou latentně dřímat, případně zakrní a nerozvinou se. Pod vlivy prostředí rozumíme především rodinnou

atmosféru, výchovné styly, podmětnost, kvalitu emočně významných osob a celkový kultivační proces neodmyslitelně spjatý s kulturou a tradicemi, s hodnotovým systémem širší socializace. (Labáth V., 2001)

2.4. Počítače a internet

V této kapitole se budeme chvilku věnovat fenoménu výpočetní technice všeobecně a internetu. Bohužel, s každou novou věcí, která nám dennodenně zjednodušuje život, přichází i mnoho rizik s ní spojené. Není tomu tak dávno, kdy přestaly být počítače výsadou univerzit a výzkumných pracovišť a dostaly se mezi širokou veřejnost. Nedlouho potom následoval internet a celá výpočetní technologie začala růst neuvěřitelným tempem. Myslím si, že v dnešní době už není nic problém. Vynálezy posledních 30 let nás obklopují na každém kroku a skoro každý vlastní nějaký z nich. Již není žádný div „chytrý telefon“, tablet, notebooky, 3D televize a pokrok a nové technologie stále pokračují a vyvíjejí takovou rychlostí, že jen velice těžko stíháme sledovat nové trendy.

S těmito technologiemi jsou spojené i mnohé problémy. Nejvíce jsou jimi fascinovány děti a mládež a tráví u nich spoustu času, který naše generace trávila venku s kamarády. Zastává tím zdraví i psychický a fyzický vývoj. Dnešní adolescenti se raději seznamují a povídají přes sociální sítě a tím budují falešné sociální vztahy.

O této problematice se dá napsat mnohé. Já se v této kapitole pouze zaměřím na hraní her na internetu a rizikové chování s ním spojené.

Psychiatr N. Shapira řadí patologický vztah k počítačům mezi návykové a impulzivní poruchy (tedy do stejné skupiny jako patologické hráčství, kleptomanie nebo patologické nakupování). Ve svém výzkumu mimo jiné zjistil, že se u těchto lidí objevují i jiné duševní poruchy. Zejména pak bipolární afektivní porucha, úzkostná porucha (sociální fobie), bulimie nebo jiná porucha příjmu potravy, patologické nakupování, sklon k nezvladatelnému hněvu a zneužívání alkoholu nebo jiných návykových látek.

Je sice jasné, že se o závislost v pravém slova smyslu jednat nemůže (počítače nelze považovat za „látku“), ale zároveň je také zřejmě nápadná podobnost se závislostí. (Nešpor K., 2003)

Přehled rizik

Nešpor popisuje několik rizik, které mají blízko k návykovému chování:

- počítačové hry – jejich rizikovost, zejména pro děti, je evidentní. Patří sem zanedbávání školy, zaostávání v sociálních dovednostech, rizika pro zdravý vývoj pohybového systému, prvek násilí a riskování v mnoha počítačových hrách, virtuální nevolnost (poruchy rovnováhy po hře např. letecký simulátor)
- internet a volně dostupné hazardní hry – zde je zásadní přechod k patologickému hráčství a souvisejícím problémům
- internet a pornografie – právně pornografické stránky, které jsou hojně navštěvovány a jsou poměrně snadno dosažitelné pro děti v rizikovém věku
- internetové diskuze „chat“ a z dnešního pohledu doplňují sociální sítě – děti zanedbávají reálné vztahy pro mělké a povrchní kontakty na internetu

2.5. Rizikový pohlavní život

Sexuální život patří k podstatně nejdůležitějším aspektům našeho bytí. Aby si ho člověk ale mohl dobře prožít a byl pro něho příjemný, je velice důležité, aby začátek pohlavního života proběhl správně. Od 60. let minulého století ale podstatně klesá věk koitarche (začátku pohlavního života). Paralelně s ním ale také stoupá i počet partnerů a následně pohlavních nemocí. Pokud v dospívání dojde k zahájení pohlavního života, je to zkušenost určitým způsobem formující, ale může být i potencionálně traumatická – především pak u dívek. Časný začátek pohlavního života je na prvním místě mezi projevy rizikového sexuálního chování, kam dále zařazujeme časté střídání partnerů, styk s neznámým partnerem (anonymní sex), prostituce, anální styk a krvavé sexuální praktiky. Welingsova teorie ukázala, že věk a okolnosti začátku pohlavního života mají význam pro zdraví společnosti a největším problémem je nízký věk který, pak nese důsledky pro stav sexuálního zdraví. (Kabiček P., 2014)

Předčasný sexuální život sebou nese mnohá rizika: nechtěná těhotenství a s tím spojené interrupce, pohlavně přenosné choroby, psychosociální poruchy a rizikové faktory pohlavního života. (Hamanová J., 2010)

Pohlavně přenosné choroby se dělí na bakteriální, virové, parazitické, plísňové a protozoální. Jsou přenosné nejčastěji pohlavním stykem, ale může se přenést i tělními tekutinami. Mezi nejznámější nemoci patří syfilis, kapavka, chlamidie, herpes, AIDS, hepatitidy či muňky nebo svrab. Nejlepší ochranou proti přenosu těchto onemocnění je chráněný sex s pomocí prezervativů.

Kabíček ve své knize nabízí **nezralé motivace pro intimní život**, do kterých zahrnuje:

- tlak vrstevníků nebo partnera
- dopívající řeší sexem svoji mentální osobní nesnáz – absence citového vztahu
- nesprávná „norma“ v dospívání – někteří cítí svoji nezralost, ale nechtějí se lišit
- tlak médií
- mladí rodiče – faktor, kvůli kterému může přetrvávat kruh rizikového sexuálního chování

V dospívání bychom měli komplexně dospět ať už po stránce biologické, psychologické, sociální či spirituální. A také reprodukční zdraví by mělo být zachováno pro dospělost. Aby se vyvarovalo poruch jako neplodnost, mimoděložní těhotenství, předčasné porody jakožto následek umělých potratů. To vše může být následek právě rizikového chování v dospívání. (Hamanová J., 2010)

2.6. Poruchy příjmu potravy (PPP)

Pojem poruchy příjmu potravy v sobě schovávají všechny formy rizikového přijímání potravy. Vzhledem k tomu, že je toto téma často diskutované i v široké veřejnosti, tak jistě všichni znají nejznámější zástupce této rizikové oblasti a to je **mentální anorexie** (anorexia nervosa) a **bulimie** (bulimia nervosa). Dále sem ale také patří psychogenní přejídání a s ním spojená obezita. Hana Papežová (2014) dále uvádí nové formy rizikových forem stravování: ortorexie (patologická posedlost zdravou výživou), bigorexie (svalová dysmorfofobie převážně u mužů závislých na posilování, kteří užívají anabolika), drunkorexie (opakovaná redukce příjmu potravy nahrazována pitím kalorických alkoholických nápojů).

Nilsen - Sobotková (2014) uvádí: „*Mentální anorexie je duševní nemoc, která spočívá v odmítání potravy a je doprovázena zkreslenými představami o svém těle. Společně s*

bulimií se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Bulimie spočívá v nutkavém, záchvatovém přejídání se a následném vyprazdňování žaludku pomocí zvracení spojené s pocity viny. Poruchami příjmu potravy trpí především dívky. Velké nebezpečí spočívá v tom, že tyto poruchy jsou často spojené s dalším rizikovým chováním, jako sebepoškozování, sebevražednost, abúzus drog a alkoholu, depresivita.“

Nejrizikovějšími faktory pro vznik PPP je věk a současný kult štíhlosti, který jak doufám, jednou odezní. Už v této době se začínají dostávat na předváděcí mola světoznámých návrhářů tzv. XXL modelky. Bohužel, zatím stále přetrvává ve většině společnosti posedlost štíhlostí a to nejvíce u žen, protože je u nich krása jeden z hlavních měřítek úspěchu. Papežová (2014) uvádí, že většina odborníků v oblasti PPP souhlasí s názorem, že soutěže MISS a barevné magazíny plné štíhlých pubertálních modelek přispívají k vzniku PPP. Druhým faktorem je věk. Nejčastěji postihovaná věková skupina je adolescence a časná dospělost. Vznik onemocnění se posouvá do mladších i starších věkových kategorií.

Dle mého názoru již pouhé experimentování s příjmem potravy je velice nebezpečné. Mladé dívky se snaží zhubnout a vzhledem k nedostatku zkušeností zkouší různé diety. Posouvají se dál a dál a vynechávají stále více potravin a to vede ke vzniku závažného problému a následnému onemocnění. Nehledě na to, jaké následky může mít špatné stravování pro mladý organismus, který prochází tolika změnami, jejichž průběh je závislý na příjmu živin a vitamínů potřebné pro zdravý vývoj jedince.

2.7. Kriminalita

Nejčastěji se používá pro označení trestné činnosti adolescentů pojem delikventní chování. Je to činnost, která porušuje zákonné a jiné normy chování a způsobuje společnosti nebo jedinci újmu. Tento pojem zahrnuje protispolečenské chování (predelikventní) i kriminalitu (delikvenci). Mám zde na mysli závadné chování osob mladistvých, které nedosahuje stupně společenské nebezpečnosti TČ.

Hlavním indikátorem delikventního chování je trestná činnost. Nejčastěji jsou páchany tyto přečiny: násilí proti skupině či jednotlivci, výtržnictví, neoprávněné užívání motorového vozidla, rozkrádání, vandalismus. (Nielsen-Sobotková V. 2014)

Nielsen-Sobotková (2014) dále uvádí dle národního informačního centra (2011) charakteristické znaky delikvence mládeže:

- častěji provádí TČ ve skupinách
- TČ je většinou páchána živelně (momentální situace)
- impulzem bývá alkohol případně jiná návyková látka
- TČ nebývá plánovaná
- je použita neúměrná tvrdost, devastace majetku a ničení předmětů
- odcizují předměty, které zrovna potřebují (auta, oblečení, alkohol,...)
- získané věci z TČ bývají rozděleny ve skupině

2.8. Rizikové sporty

Rizikový sport je v původním slova smyslu sport spojený s vyšším rizikem doprovázený domnělým zvýšením hladiny adrenalinu. Ve skutečnosti však jde pouze o dopamin, serotonin a endorfin. V dnešní době jsou k extrémním sportům řazeny také sporty, které nejsou příliš propagovány a podporovány na komerční úrovni. Jejich provozování se omezuje na ne příliš početné skupiny nadšenců. I takový sport se ovšem může časem přejít v masovou zábavu jako třeba snowboarding nebo bungee jumping. (www.prevence-info.cz)

Do této skupiny řadí Nielsen-Sobotková (2014) také hazardní aktivity. Ty na rozdíl od extrémních sportů s sebou nesou vědomé hazardování s reálným rizikem smrti. Uvádí, že v poslední době se rozmáhá ježdění mezi vagóny metra či vlaku, dále sem řadí boilding – lezení bez lana, building – lezení po budovách bez lana, přeskokování mezi domy ze střechy na střechu.

3. Syndrom rizikového chování v dospívání

Problematikou SRCH-D se od sedmdesátých let zabývá americký autor Richard Jessor. Na vlastním dlouhodobém výzkumu prokázal několik okruhů rizikového chování, které je současně chováním problémovým (zneužívání návykových látek, poruchy chování a delikvence, rizikové sexuální chování). Jessor analýzami prokázal, že se tyto projevy často vyskytují společně (kombinují se, prolínají a také vzájemně usnadňují svůj vznik) a mají společné příčiny.

Syndrom rizikového chování v dospívání je vlastně charakteristický soubor příznaků, které vznikají na stejném podkladě. Nemusí však být přítomny všechny. Jessor zjistil, že SRCH-D zastává určitou funkci v adolescentově psychosociálním vývoji. Přináší mu významnou pozitivní satisfakci v jeho vývojových potížích. Adolescent má pocit, že mu pomáhá řešit současnou osobní nesnáz nebo mu nahrazuje něco důležitého, co ve své situaci momentálně postrádá. Proto přetrvává názor, že k řešení tohoto problému je potřeba hledat zdravé alternativy, které by u adolescenta plnily stejnou funkci, posilovaly jeho sebevědomí a snižovaly úzkost.

Velice často se ale dospívající chová problémově jen v některé oblasti, což se nevyklučuje s jeho současným zdravým chováním v oblastech jiných. Proto se neuvádí pojem „problémový adolescent“ ale problémové chování.

Dříve se mluvilo v souvislosti s touto problematikou o sociálně patologických jevech, ale tento pojem však není ani dle sociologů správný a proto se vžil název syndrom rizikového chování v adolescenci. (Kabiček P. 2014)

Faktory ovlivňující vznik rizikového chování

Jednotlivé formy rizikového chování se v dospívání prolínají a mají při svém vzniku a vývoji společné rizikové a ochranné faktory.

Individuální faktory

Rizikové: problémové chování v dětství, zanedbávání a zneužívání dětí v adolescenci, malá sebevědomí a sebeúcta, chronické onemocnění či handicap, těhotenství a rodičovství, špatný školní prospěch, malé a nejisté perspektivy pro budoucnost, sklon k riskování, příslušnost k menšinám (rasovým, etnickým, náboženským).

Ochranné: vysoká inteligence, event. při negativních zkušenostech v dětství se s nimi dobře vyrovná, sebeúcta a sebedůvěra, pozitivní perspektivy a možnosti pro budoucnost, oceňování vzdělávání a zdraví, účast na životě církve a ve školních a dobrovolných aktivitách, duchovní orientace, schopnost sebekontroly.

Rodinné faktory

Rizikové: významná ztráta v rodině (včetně rozkolu a odvržení svým rodičem), rodiče jsou chronicky nemocní (tělesně nebo duševně, včetně závislosti na návykových látkách), přístup rodičů je příliš autoritativní nebo naopak zanedbávající a nadměrně benevolentní, nedostatečná komunikace a dysfunkční rodina.

Ochranné: dobré vztahy v rodině, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je), duchovní orientace, přítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků.

Společenské faktory

Rizikové: chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, legální přístup ke zbraním, nízká úroveň vzdělání, nezaměstnanost

Ochranné: kvalitní školy, dospělí, kteří se věnují mládeži, pozitivní vzory ve společnosti, stálá pozitivní poselství v médiích, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže, přísné zákony o zbraních a drogách.

Na vzájemném poměru faktorů rizikových a ochranných závisí, jestli se (z pouhého občasného experimentování) vyvine SRCH-D. Protektivní faktory mohou účinně vyvažovat působení faktorů rizikových, mají ochranný vliv přímý, ale také nepřímý – oslabují působení faktorů rizikových. Také vidíme, že u řady adolescentů, kteří jsou i ve velkém riziku, se díky protektivním faktorům problémové chování nevyvine. (Hamannová J. 2014)

Experimentování s rizikovými způsoby chování je období adolescence v současném pojmání do jisté míry považováno za součást vývoje, většinou je takové chování dočasné a samo s věkem odezní, přičemž ve většině případů nepřekročí hranici trestného činu. Rizikové chování bývá velmi často – vzhledem k osobnostnímu vývoji jedince – účelové a v tomto smyslu funkční a pomáhá řešit aktuální potřeby. V současné době čím dál víc dospívajících přijímá rizikový způsob chování, který je ale může ohrozit i v dalším životě. Mladý člověk si v období adolescence neuvědomuje, že

některé kroky a projevy mohou být například právně stíhatelné. S rizikovým chováním a jeho důsledky souvisí převážná část úmrtí v adolescenci, přičemž důsledky rizikového chování mládeže nesou ekonomickou zátěž pro celou společnost. Bohužel se ukazuje, že SRCH – D je nejčastější příčinou smrti u 15 – 19letých, a to jak u nás, tak i v západních zemích. WHO považuje adolescenty za samostatnou rizikovou skupinu. (Hamanová, Kabíček, 2001)

Současné práce prof. Jessora ukazují, že riziko je zakotveno v širších sociálních souvislostech a jeho redukce vyžaduje i změny ve společnosti. Také WHO uvádí, že dospívající jsou „seizmografy“ společnosti, které ukazují na problémy společnosti jako celku a společnost by měla chránit své rizikové skupiny.

Empirická část

4. Analýza rizikového chování na ZŠ Gajdošova

4.1 Cíl a výzkumný problém

Cílem práce je zmapovat rizikové chování u žáků ZŠ Gajdošova, ověřit vztahy (moderující roli) mezi vybranými osobnostními faktory a projevy SRCH-D.

Výzkumný problém

Jaké projevy rizikového chování se objevují u studentů vybrané školy, a které faktory ovlivňují závažnost jejich výskytu.

4.2. Stanovené hypotézy

H1: Vyšší hodnoty psychické odolnosti (CSOC) jsou spojeny s méně závažnými projevy SRCH-D

H2: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s chováním podporujícím zdraví

H3: Vyšší hodnoty deprese u adolescentů zvyšují závažnost projevů SRCH-D

H4: Předpokládáme, že záškoláctví souvisí s dalšími projevy SRCH-D.

4.3 Sběr dat

Sběr dat proběhl na Základní škole, Gajdošova 3, Brno. Funkci ředitelky zde zastává Mgr. Markéta Olbertová a zřizovatelem je Statutární město Brno, městská část Brno – Židenice. Jde o základní školu s 9 postupnými ročníky s kapacitou 720 žáků. V současné době tuto školu navštěvuje asi 613 žáků, z toho cca 300 chodí na druhý stupeň. Tato základní škola jako první škola na Moravě vyučuje metodami alternativního vzdělávání Montessori i na druhém stupni.

Škola má zpracovaný Minimální preventivní program a Plán výchovného poradce vycházející z Metodického pokynu MŠMT, s nimiž pracují všichni pedagogičtí pracovníci. Systematickou prevencí se snaží předcházet všem nežádoucím jevům. Základním principem preventivní strategie je osvojování základních kompetencí v oblasti zdravého životního stylu a prevence a rozvoj dovedností, které vedou u dětí a

mládeže k odmítání všech druhů sebedestruktivního chování, projevům agresivity a porušování zákona. Výroční zpráva za školní rok 2014/2015 uvádí, že z kriminálních činů nebyl řešen žádný případ, jen drobné přestupky. Byly řešeny případy vyčlenění dětí z kolektivu a počínající známky psychické šikany a kyberšikany. Několik případů záškoláctví a krádeží, které byly řešeny ve spolupráci s OSPOD a třídními učiteli.

Průzkum byl proveden v osmých a devátých třídách, tedy u žáků s věkovou hranicí 13 – 15 let. Žáky jsem před vyplněním dotazníku poučila o účelu tohoto šetření i s faktem, že jsou zcela anonymní. Také jsem je poprosila, aby pracovali samostatně a odpovídali co nejvíce upřímně, aby byla zajištěna co největší objektivita.

Dotazníky byly ve formě sešitů, aby tvořily ucelený soubor a žáci měli na vyplnění dostatek času. Celkem bylo rozdáno 125 dotazníků, z nichž se vrátilo 115, tedy cca 92 % návratnost. Po následné kontrole jsem zjistila, že 3 dotazníky nebyly úplně vyplněny a byly proto vyřazeny. Výzkumného šetření se tak zúčastnilo 112 žáků.

4.4. Výzkumná metoda

Na základě dohody s PhDr. Stanislavem Pelcákem, Ph.D. byly použity 3 typy standardizovaných dotazníků. Dotazníky jsem sešila a každý respondent dostal soubor dotazníků. U každého souboru dotazníků bylo popsáno, jak se vyplňuje. Pro lepší vyhodnocení byly dotazníky rozešity a očíslovány. Vyhodnocení proběhlo pomocí šablon ke standardizovaným dotazníkům a výsledky byly zpracovány pomocí programu Open office. Jednalo se o baterie mapující vybrané projevy rizikového chování, sociální oporu a depresivitu. Výsledky empirického zkoumání jsou prezentovány ve formě tabulek s vysvětlivkami a popisem.

Baterie mapující rizikové chování obsahovala deset oblastí. Poruchy příjmu potravy (PPP) +sebepoškozování, záškoláctví, sexuálně rizikové chování, drobnou kriminalitu, experimentování s látkovými závislostmi, agrese, rizikový sport, nelátkové závislosti, rizikový životní styl a protektivní životní styl. Do těchto oblastí jsme zařadili jednotlivé vybrané typy rizikového chování. **Záškoláctví** - Neodůvodněná absence ve škole, Záměrné vyhýbání se zkoušení (předstíraná nevolnost či nemoc) **Sexuální chování** - Střídání sexuálních partnerů, Sexuální styk bez kondomu. **Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování** - Experimentování s jídelním chováním (držení diet, vyvolávání zvracení, hladovění), Sebepoškozování (např. řezáním, pálením), Přejídání se, Zdobení

těla (tetování, piercing, ozdobné jizvy). **Experimentování s látkovými závislostmi** - Kouření marihuany, Užívání tanečních drog (např. extáze). **Drobná kriminalita** – Ničení a poškozování věci či majetku, Dopouštění se drobných krádeží. **Agresivní chování** - Nadávky, posměšky a ironické poznámky, Agresivní chování vůči členovi/členům rodiny, Týrání zvířat, Otevřené projevy nepřátelství a agrese k lidem jiného etnika či národnosti **Rizikové sporty** - Pohybové aktivity ohrožující zdraví a život (např. parkour, lezení na sloupy vysokého napětí, jízda na bruslích/skatu za autobusem aj.) **Nelátkové závislosti** - Hraní PC a z toho plynoucí neplnění povinností, Trávení volného času na sociálních sítích v takové míře, že mi to neumožňuje věnovat se jiným aktivitám, Hraní a sázení na výherních automatech, Sázení prostřednictvím internetu, hraní placených her. **Protektivní životní styl** - Věnuji se aktivitám, které považuji za uklidňující a relaxační (koníčky, četba, poslech hudby...), Ráno vydatně snídám, Jím vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, mléčné výrobky, ryby, maso, drůbež), Trávení části svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem (turistika, domácí kutilství...), Spím 7- 8 hodin denně. **Rizikový životní styl** - Kouření cigaret, Užívání léků bez lékařského předpisu (ibalgín, paralen, léky na spaní aj.), Pití alkoholu, Pití nápojů bohatých na kofein a tein (káva, čaj, energetické nápoje), Užívání chemických látek při sportu (např. efedrin, steroidy). Žáci odpovědi zaznamenávali na pěti bodové škále (1= nikdy, 5= pravidelně) podle toho, jak se u nich chování v uplynulém kalendářním roce vyskytovalo. Skóre se vypočetlo sečtením hodnot a následným vydělením položek daného okruhu. Tím jsme získali index rizika.

Pro zjištění depresivity jsme použili **CDI Sebeuposuzovací škálu depresivity pro děti**
T – 94. CDI (Children's Depression Inventory) je považována za první standardizovanou sebeuposuzovací metodu. Autorem testu je M. Kovacs. Tvůrcem příručky M. Preiss. V České republice je tato škála známa od roku 1996 především díky Marii Kovacs. Škála je inspirovaná Beckovou škálou, která byla určena k sebeuposuzování depresivity pro dospělé. (Preiss, 1998) CDI obsahuje pět subškál. A (špatná nálada) B (Interpersonální potíže) C (Nevýkonnost) D (Anhedonie) E (Snížené sebehodnocení). Škála obsahuje sedmadvacet položek. V každé položce jedinec označí tvrzení, s kterým se nejvíce ztotožňuje. Položky jsou hodnoceny na třibodové škále. Po vyplnění se sečtou body z jednotlivých subškál a celkový výsledek je součtem všech bodů subškál.

V roce 1994 zkonstruovala a v praxi ověřila profesorka PhD. Malka Margalitová se svojí výzkumnou skupinou z Univerzity v Tel Avivu, Israel, dětskou orientační škálu

(dětskou verzi dotazníku SOC), které dala název „**The Children Sense of Coherence scale**“ (zkr. **CSOC**). Škála byla postupně revidována a testována na různých vzorcích izraelských dětí (Margalit, M., 1994/a, 1994/b, 1995/a, 1995/b, 1996). Na konečných úpravách CSOC se podílel před svou smrtí v roce 1997 i Aaron Antonovský a jeho žena Helena. Melvin a Dorothea Semmelovi z kalifornské univerzity zajistili anglickou verzi CSOC. V souladu s Antonovského konstruktem bylo vybráno celkem 16 položek popisujících tři osobnostní komponenty a další tři položky, které mají v dotazníku CSOC funkci tzv. distraktorů (mají buď upoutat pozornost, někdy rozptýlit, jindy pobavit, jsou ukazatelem toho, zda dítě reaguje tak, jak se v dané kultuře očekává, jak porozumělo otázce - do celkového výsledku se nezapočítávají). (Koukola B., 1997)

5. Moderující role osobnostních vlastností v etiologii rizikového chování v adolescenci

5.1. Vztah psychické odolnosti a závažností projevů SRCH-D

V této části práce byly záměrně ověřovány vztahy mezi psychickou odolností a projevy SRCH-D, mezi psychickou odolností a chováním podporujícím zdraví, a dále mezi depresí (depresivní symptomatologií) a projevy SRCH-D. Výsledky korelační analýzy uvádějí tabulky 1,2.

Tabulka 1: Vztah smyslu pro soudržnost a projevů rizikového chování v adolescenci

	CSOC	C	MA	ME
CSOC	1			
C	0,71**	1		
MA	0,78**	0,30**	1	
ME	0,71**	0,30**	0,31**	1
ZÁŠ	0,03	0,05	-0,11	0,15
PCINT	-0,12	-0,07	-0,21*	0,04
RISEX	-0,07	0,02	-0,10	-0,06
PREV	0,38**	0,17	0,23**	0,49**
SEBEP	-0,13	-0,03	-0,08	-0,20*
LZ	-0,25**	0,15	0,14	-0,21*
AGR	-0,28**	-0,17	-0,37**	-0,04
SÁZ	-0,13	0,07	-0,26*	-0,07
DKR	-0,33**	-0,22*	-0,34**	-0,14
RIZS	-0,08	0,02	-0,13	-0,04

IR	-0,21*	-0,05	-0,30**	-0,09
----	--------	-------	---------	-------

Vysvětlivky: CSOC- celkové skóre smyslu pro soudržnost, C- srozumitelnost, MA- zvládnutelnost, ME - smysluplnost. ZÁŠ – záškoláctví, PCINT- rizikové chování na internetu, hraní počítačových her, RISEX – rizikový sex, PREV – dodržování zásad zdravého životního stylu, SEBEP – sebepoškozování, LZ – experiment v oblasti látkových závislostí, AGR – agresivní chování, SÁZ – sázení, DKR – drobná kriminalita, RIZS – rizikové sporty, IR – index rizika.

V tabulce 1 jsou uvedeny výsledky korelační analýzy mezi smyslem pro soudržnost a projevy SRCH-D u souboru adolescentů (Pearsonův korelační koeficient). Korelace průkazné na hladině * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$. Porovnání výsledků korelační analýzy mezi psychickou odolností a projevy SRCH-D ukazuje tyto trendy:

- vyšší celková průměrná hodnota SOC je spojena s méně závažnými projevy SRCH-D v těchto oblastech: agresivní chování ($r = -0,28^{**}$), látkové závislosti ($r = -0,25^{**}$), drobná kriminalita ($r = -0,33^{**}$), celkový index rizika ($r = -0,21^*$).
- vyšší hodnoty dimenze SOC srozumitelnost jsou spojeny s méně závažnými projevy drobné kriminality ($r = -0,22^*$), obdobný vztah platí mezi zvládnutelností a drobnou kriminalitou ($r = -0,34^{**}$)
- vyšší hodnoty dimenze zvládnutelnost jsou spojeny s méně závažným rizikovým chováním na internetu ($r = -0,21^*$), projevy agresivity ($r = -0,37^{**}$), sázením ($r = -0,26^*$), drobnou kriminalitou ($r = -0,34^{**}$), celkovým rizikovým chováním ($r = -0,30^{**}$).

5.2. Vztah mezi psychickou odolností a chováním podporujícím zdraví

Tabulka 1: Vztah smyslu pro soudržnost a projevů rizikového chování v adolescenci

	CSOC	C	MA	ME
CSOC	1			
C	0,71**	1		
MA	0,78**	0,30**	1	
ME	0,71**	0,30**	0,31**	1
ZÁŠ	0,03	0,05	-0,11	0,15
PCINT	-0,12	-0,07	-0,21*	0,04
RISEX	-0,07	0,02	-0,10	-0,06
PREV	0,38**	0,17	0,23**	0,49**

SEBEP	-0,13	-0,03	-0,08	-0,20*
LZ	-0,25**	0,15	0,14	-0,21*
AGR	-0,28**	-0,17	-0,37**	-0,04
SÁZ	-0,13	0,07	-0,26*	-0,07
DKR	-0,33**	-0,22*	-0,34**	-0,14
RIZS	-0,08	0,02	-0,13	-0,04
IR	-0,21*	-0,05	-0,30**	-0,09

Vysvětlivky: CSOC- celkové skóre smyslu pro soudržnost, C- srozumitelnost, MA- zvládnutelnost, ME - smysluplnost. ZÁŠ – záškoláctví, PCINT- rizikové chování na internetu, hraní počítačových her, RISEX – rizikový sex, PREV – dodržování zásad zdravého životního stylu, SEBEP – sebepoškozování, LZ – experiment v oblasti látkových závislostí, AGR – agresivní chování, SÁZ – sázení, DKR – drobná kriminalita, RIZS – rizikové sporty, IR – index rizika.

Z tabulky č. 1 vyplývá, že dodržování zásad zdravého životního stylu pozitivně koreluje celkové skóre smyslu pro soudržnost na hladině ($r=0,38^{**}$), dále zvládnutelnost ($r=0,23^{**}$) a také smysluplnost ($r=0,49^{**}$).

5.3. Vztah deprese a projevů SRCH-D u souboru žáků

Tabulka 2 : Korelace mezi depresí a projevy SRCH-D u adolescentů

	A	B	C	D	E
A - Špatná nálada	1				
B – Interpersonální potíže	0,56	1			
C - Nevýkonnost	0,37	0,14	1		
D - Anhedonie	0,43	0,52	0,47	1	
E - Snížené sebehodnocení	0,86	0,46	0,43	0,46	1
Záškoláctví	0,20*	0,14	0,24*	0,37**	0,23*
Sexuální rizikové chování	0,30**	0,10	0,20*	0,40**	0,16
PPP a sebepoškozování	0,62**	0,40**	0,30**	0,34**	0,65**
Experiment LZ	0,19*	0,35**	0,14	0,32**	0,23*
Drobná kriminalita	-0,10	0,02	-0,27**	-0,28**	-0,17
Agresivní chování	0,28**	0,48**	0,07	0,33**	0,29**
Rizikové sporty	-0,02	-0,15	-0,01	-0,15	-0,19*
Nelátkové závislosti	0,21*	0,31**	0,06	0,02	-0,05
Rizikový životní styl	0,24*	0,31**	-0,01	0,19**	-0,14

Vysvětlivky: PPP + sebepoškození – poruchy příjmu potravy a sebepoškození, Experiment LZ – experimentování s látkovými závislostmi, * korelace průkazné na hladině 0,05, ** korelace průkazné na hladině 0,01.

Se špatnou náladou pozitivně korelují záškoláctví ($r=20^*$), sexuálně rizikové chování ($r=0,30^{**}$), PPP a sebepoškození ($r=0,62^{**}$), experiment LZ ($r=0,19^*$), agresivní chování ($r=0,28^{**}$), nelátkové závislosti ($r=0,21^*$) a rizikový životní styl ($r=24^*$). S interpersonálními potížemi pozitivně korelují PPP a sebepoškození ($r=0,40^{**}$), experiment LZ ($r=0,35^{**}$), agresivní chování ($r=0,48^{**}$), nelátkové závislosti ($r=0,31^{**}$) a stejně tak rizikový životní styl ($r=0,31^{**}$). S nevýkonností koreluje záškoláctví ($r=0,24^*$), sexuálně rizikové chování ($r=20^*$), sebepoškození ($r=30^{**}$) a negativně koreluje drobná kriminalita ($r= - 27^{**}$). S anhedonií koreluje záškoláctví ($r=37^{**}$), sexuálně rizikové chování ($r=40^{**}$), PPP a sebepoškození ($r=0,34^{**}$), experiment LZ ($r=0,32^{**}$), negativně koreluje drobná kriminalita ($r= - 0,28^{**}$), agresivní chování ($r=0,33^{**}$) a rizikový životní styl ($r=0,19^{**}$). Se sníženým sebehodnocením pozitivně korelují záškoláctví ($r=0,23^*$), PPP a sebepoškození ($r=0,65^{**}$), experiment LZ ($r=0,23^*$), agresivní chování ($r=0,29^{**}$) a rizikové sporty negativně korelují ($r= - 19^*$).

6. Role záškoláctví v etiologii SRCH-D

Tabulka 3: Vztahy mezi záškoláctvím a projevy SRCH-D v adolescenci

	Z ÁŠ	PC IN T	RI SE X	SE BE P	LZ	AG R	SÁ Z	DK R	RI ZS P	I R
ZÁŠ	1									
PCINT	,10	1								
RISEX	,30**	-,03	1							
SEBEP	,06	,12	,26**	1						
LZ	,26**	,14	,18	,34**	1					
AGR	,31**	,29**	,16	,26**	-,02	1				
SÁZ	,41**	,26**	,09	,27**	,30**	,34**	1			
DKR	,29**	,35**	,17	,26**	,16	,63**	,19*	1		
RIZSP	,26**	,20*	,33**	,21*	,16	,37**	,27**	,37**	1	
IR	,59**	,47**	,53**	,53**	,49**	,64**	,63**	,63**	,61**	1

Korelace průkazné na hladině * $p<0,05$ ** $p<0,01$.

Vysvětlivky: ZÁŠ – záškoláctví, PCINT- rizikové chování na internetu, hraní počítačových her, RISEX – rizikový sex, SEBEP – sebepoškozování, LZ – experiment v oblasti látkových závislostí, AGR – agresivní chování, SÁZ – sázení, DKR – drobná kriminalita, RIZSP – rizikové sporty, IR – index rizika.

Tabulka 3 ukazuje statisticky významné vztahy mezi záškoláctvím a dalšími projevy SRCH-D. konkrétně:

Se záškoláctvím pozitivně koreluje rizikový sex ($r=0,30^{**}$), experiment LZ ($r = 0,26^{**}$), agresivní chování ($r = 0,31^{**}$), sázení ($r = 0,41^{**}$), drobná kriminalita ($r = 0,29^{**}$), rizikové sporty ($r = 0,26^{**}$), index rizika ($r = 0,59^{**}$).

7. Porovnání výsledků zkoumání se stanovenými hypotézami

H1: Vyšší hodnoty psychické odolnosti (CSOC) jsou spojeny s méně závažnými projevy SRCH-D

Z tabulky 1 vyplývá, že vyšší celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost je spojena s méně závažnými projevy SRCH-D v oblastech agresivního chování, látkové závislosti, drobné kriminality a celkového indexu rizika. Dále nám průzkum poukázal na skutečnost, že hodnoty smyslu pro soudržnost a srozumitelnosti jsou spojeny s méně závažnými projevy drobné kriminality a podobný vztah platí pro vztah SOC a drobnou kriminalitou. A v neposlední řadě nám ukazuje, že vyšší hodnoty dimenze zvládnutelnosti jsou spojeny s méně závažným rizikovým chováním na internetu, projevech agresivity, sázení, drobnou kriminalitou a celkovým rizikovým chováním.

Uvedené vztahy potvrzují i při velikosti výzkumného souboru moderující roli psychické odolnosti vyjádřené smyslem pro soudržnost v etiologii SRCH-D. **Hypotéza H1 se potvrdila.**

H2: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s chováním podporujícím zdraví

Pelcák (2013) uvádí vztah mezi vyššími hodnotami SOC a adherencí ke zdravému životnímu stylu u různých souborů dospělé populace. Tento vztah se potvrdil také u souboru adolescentů. Z hlediska preventivního chování je důležitá kladná korelace mezi

vyšším celkovým skóre CSOC a dodržováním zásad chování vedoucího ke zdraví, ale také zvládnutelností a smysluplností. **Hypotézu H2 tímto potvrzují.**

H3: Vyšší hodnoty deprese u adolescentů zvyšují závažnost projevů SRCH-D

Z tabulky 2 je patrné, že byly zjištěny ze statistického hlediska významné vztahy mezi projevy syndromu rizikového chování a depresivitou. Nejvýznamnější vztah depresivních příznaků a poruchy příjmu potravy a sebepoškození. Toto chování koreluje se všemi subškálami depresivních příznaků na průkazné hladině 0,01. Nelze pominout ani statisticky významný vztah mezi depresivními příznaky a agresivním chováním, které koreluje se čtyřmi subškálami. **Můžeme tedy potvrdit hypotézu H3, která nám říká že, vyšší hodnoty deprese u adolescentů zvyšují závažnost projevů SRCH-D.**

H4: Předpokládáme, že záškoláctví souvisí s dalšími projevy SRCH-D.

Na základě provedeného výzkumu nám výsledná tabulka č. 3 jasně ukazuje vztahy mezi záškoláctvím a dalšími projevy rizikového chování. Se záškoláctvím nejvíce koreluje sázení, na druhém místě je agresivní chování a na třetím je rizikový sex. Nemalé hodnoty ale také vykazuje drobná kriminalita a stejné hodnoty měly rizikové sporty a experimenty v oblasti látkových závislostí.

Tímto výzkumem můžeme potvrdit hypotézu H4, kde jsem předpokládala, že záškoláctví souvisí s dalšími projevy SRCH-D.

Závěr

Cílem práce bylo zmapovat rizikové chování a věnovat se tématu syndrom rizikového chování v dospívání. Toto téma je ale tak obsáhlé, že ve své práci jsem se pokusila shrnout to nejdůležitější, co k tomuto tématu patří, ale popsat ho cele by nestačilo ani na několik knih. Souhlasím s tvrzením Nielsen-Sobotkové (2014), že rizikové chování je přítomno v každé generaci. A do určité míry ho lze považovat za normativní součást lidského vývoje. Je ale podstatným faktorem, zda je rizikové chování přechodné nebo má trvalý charakter. Pro období adolescence je typické získávání nezávislosti především pak od rodičů. Neznamena to, že po celou dobu získávání nezávislosti by dospívající mládež testovala hranice pouze způsobem dle společenských norem. Jen malé procento projde dospíváním, aniž by poznalo jakoukoli formu antisociálního či rizikového chování. Každý z nás poznal nebo byl svědkem nějaké formy šikany, a každý někdy v životě stál před rozhodnutím, zda podlehnout svodu vrstevníků či nikoli. Nejběžnější projev antisociálního chování je šikana. Někdy je jen verbální a nepříjemný jindy může přerůst v agresi a násilí. V dospělosti to ale může mít své následky. Ať už agresor či šikanovaný mohou v dospělosti trpět poruchami adjustice. Rizikové chování jako braní drog, krádeže, šikana nebo násilí mohou mít v budoucnu velké a dlouhodobé důsledky. Mladí dospělí, kteří byli oběti jakéhokoliv násilí, mohou v budoucnu trpět depresi nebo nemusí umět zvládat stres. Někdy to ale může dopadnout mnohem fatálněji a to například suicidiálním chováním. Společnost by měla klást větší důraz na potírání jakéhokoliv druhu antisociálního chování a především působit preventivně jak jen to jde. Prevence je základ a lidé s problémy pramenícími z negativních zážitků, mohou mít problémy i v dospělosti a představovat ekonomickou a zdravotní zátěž pro celou společnost.

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala rizikovým jevům ve společnosti, charakterizovala jsem adolescenci jako samostatné vývojové období, v němž se nejčastěji může vyskytovat rizikové chování. Popsala jsem socializaci jedince a působící socializační činitele jako je rodina, vrstevnická skupina či škola a média. Dále jsem vymezila rizikové chování mladistvých a rozdělila je na jednotlivé oblasti, které jsem pak blíže popsala a specifikovala. V závěru teoretické části se věnuji přímo pojmu syndrom rizikového chování v dospívání.

Průzkum jsem zaměřila na žáky, u kterých jsem zjišťovala výskyt jednotlivých forem rizikového chování a zkoumala faktory, které mohou ovlivnit jejich výskyt. Pokusila

jsem si odpovědět na otázky, zda vyšší hodnoty psychické odolnosti jsou spojeny s méně závažnými projevy SRCH-D. Nebo zda vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s chováním podporující zdraví. Či zda vyšší hodnoty deprese u adolescentů zvyšují závažnost projevů SRCH-D. A nakonec jsem se pokusila potvrdit, zda záškoláctví souvisí s dalšími projevy SRCH-D. Všechny tyto hypotézy se mi pomocí průzkumu standardizovanými dotazníky potvrdily.

Doufám, že i nadále bude tomuto tématu v České republice věnováno dostatek pozornosti a bude kladen větší důraz na prevenci tohoto jevu.

Seznam použitých zkratk

Aj	A jiné
Apod	A podobně
Atd	A tak dále
Event.	Eventuálně
Experiment LZ	Experimentování látkovými závislostmi
Např.	Například
NL	Návyková látka
SRCH – D	Syndrom rizikového chování v dospívání
TČ	Trestný čin
Tzv	Tak zvaný
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých zdrojů

1. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-273-7.
2. HAVLÍK, Radomír a Jaroslav KOŤA. *Sociologie výchovy a školy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-635-7.
3. HRUBÁ, D. a KYASOVÁ, M. *Závislost dětí a mládeže na nikotinu*. Československá pediatrie. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 0069-2328. 2001, roč. 56, č. 3, s.174-178.
4. JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích : nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Praha : Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
5. KABÍČEK, Pavel a ČERNÁ, Olga. *Intoxikace alkoholem u dětí a dospívajících*. Lékařské listy. Praha: One Media, s.r.o. ISSN 0044-1996. 2005, roč. 54, č. 1-2, s. 12-14.
6. KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.
7. KOUKOLA, B. (1997) Dětská verze dotazníků SOC. Pilotní studie. 5. celost. Konference Psychologie zdraví a mezinár. účastí. Jeseník, květen
8. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-080-1.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
10. LABÁTH, Vladimír. *Riziková mládež: možnosti potencionálních zmien*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. Série učebnic pro obor sociální práce. ISBN 80-85850-66-4.
11. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
12. LAŠEK, Jan. *Komponenty sebehodnocení pubescentů*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 133 s. ISBN 80-7041-103-1.

13. MARHOUNOVÁ, Jana a Karel NEŠPOR. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Vyd. 1. Praha: Empatie, 1995. Společensko-vědní řada. ISBN 80-901618-9-8.
14. MATĚJÍČEK, Zdeněk. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence: 1. odborný seminář, 5.-7. září 2000, SZÚ Praha*. Praha: Free Teens Press, 2000. ISBN 8090289800.
15. MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence: [možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
16. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
17. NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.
18. PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-342-0.
19. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica. ISBN 80-85800-18-7.
20. RATAJOVÁ, Pavlína. Akutní opilost u dětí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2005, roč. 15, č. 1, s. 45-46.
21. SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.
22. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., V nakladatelství Portál 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Internetové zdroje:

1. HAMPL, K., *Mládež, alkohol, drogy a prevence závislostí*, Rizikové chování a jeho prevence: 1. odborný seminář, [online], <<http://www.cevap.cz/?&lang=CZ&ID=25>>.
2. *Kuřáková plíce* [online]. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/

3. *Www.msmt.cz.: Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy č.j. 28 275/2000* [online]. 2004 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-sikanovani>
4. *Prevence-info* [online]. [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/rizikove-sporty>

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Vztah smyslu pro soudržnost a projevů rizikového chování v adolescenci

Tabulka 2 : Korelace mezi depresí a projevy SRCH-D u adolescentů

Tabulka 3: Vztahy mezi záškoláctvím a projevy SRCH-D v adolescenci