

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY MLÁDEŽE
VE VYBRANÝCH HÁZENKÁŘSKÝCH ODDÍLECH VE ZLÍNĚ,
OTROKOVICÍCH, OLOMOUCI A VESELÍ NAD MORAVOU**

Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Veronika Seitlová, rekreologie – management volného času a rekreace

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jan Bělka, Ph.D.

Olomouc 2012

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Veronika Seitlová

Název závěrečné písemné práce: Sociálně patologické jevy mládeže ve vybraných házenkářských oddílech ve Zlíně, Otrokovicích, Olomouci a Veselí nad Moravou

Pracoviště: Katedra sportů

Vedoucí: Mgr. Jan Bělka, Ph.D.

Rok obhajoby: 2012

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá problematikou výskytu sociálně patologických jevů mládeže v házenkářských oddílech.

Teoretická část se zabývá výčtem vybraných sociálně patologických jevů, jako je šikana, návykové látky a to především drogy a alkoholu. Současně je práce zaměřena na prevenci jejich výskytu. Cílem bakalářské práce je seznámit ostatní čtenáře s výše uvedenou problematikou při volnočasových aktivitách, týkající se dětí a mládeže.

Cílem praktické části je zjistit, zda respondentky z vybraných házenkářských oddílů Olomouce, Otrokovic, Zlína a Veselí nad Moravou mají zkušenosti s výše uvedenými sociálně patologickými jevy. Průzkum bude probíhat na základě ankety, která bude následně zpracována do grafů.

Klíčová slova: patologické jevy, šikana, návykové látky, anketa

Souhlasím s půjčováním závěrečné písemné práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Veronika Seitlová

Title of the thesis: Socio-pathological phenomena of youth in selected handball teams in Zlín, Otrokovice, Olomouc and Veselí nad Moravou

Department: Department of sport

Supervisor: Mgr. Jan Bělka, Ph.D.

The year of presentation: 2012

Abstract: This bachelor thesis deals with the occurrence of socio-pathological phenomena in youth handball teams.

The theoretical part lists selected socio-pathological phenomena, such as bullying and addictive substances, mainly drugs and alcohol. At the same time this thesis focuses on the prevention of their occurrence. The aim of this thesis is to inform readers about the above mentioned topic in relation to children and youth free time activities.

The aim of the practical part is to find out, whether the respondents from selected handball teams from Olomouc, Otrokovice, Zlín and Veselí nad Moravou have experience with the above mentioned socio-pathological phenomena. The research will be based on a questionnaire, which will be later transformed into graphs.

Keywords: pathological phenomena, bullying, addictive substances, questionnaire.

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem závěrečnou písemnou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Jana Bělky, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Olomouci dne

.....

Děkuji Mgr. Janu Bělkovi, Ph.D. za pomoc, cenné rady a věnovaný čas, který mi poskytl při zpracování závěrečné písemné práce. Dále děkuji všem respondentkám z vybraných házenkářských oddílů, které vyplnily anketu, a poskytli doplňující informace, které mi byly nápomocny při zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji rodině za podporu.

Obsah

1 ÚVOD	8
2 PŘEHLED POZNATKŮ	9
2.1 Obecná charakteristika házené	9
2.2 Sociálně patologické jevy	10
2.2.1 Základní pojmy	10
2.2.2 Zdroje a příčiny sociálně patologických jevů	11
2.2.3 Šikana.....	13
2.2.3.1 Definice šikany.....	14
2.2.3.2 Stadia šikany	15
2.2.3.3 Protagonisté šikany	16
2.2.3.4 Možnosti prevence šikany	18
2.2.4 Návykové látky	19
2.2.4.1 Definice drog.....	19
2.2.4.2 Alkohol.....	20
2.2.4.3 Tabák.....	21
2.2.4.4 Marihuana a hašiš.....	22
2.2.4.5 Pervitin	22
2.2.4.6 Tlumivé léky	23
2.2.4.7 Analgetika	24
2.2.4.8 Hypnotika a sedativa	25
2.2.4.9 Opiáty	26
2.2.4.10 Organická rozpouštědla.....	27
2.2.4.11 Halucinogeny	28
2.2.4.12 Anabolika (steroidy).....	29
2.2.5 Zdravý životní styl	29
3 CÍLE A HYPOTÉZY	31
3.1 Cíle práce	31
3.2 Dílčí cíle práce.....	31
3.3 Výzkumné otázky	31
3.4 Úkoly práce.....	31
4 METODIKA.....	32
4.1 Výzkumný soubor.....	32
4.2 Anketní šetření.....	33

4.3 Statické zpracování dat	34
4.4 Analýza odborné literatury	34
5 VÝSLEDKY A DISKUSE.....	35
5.1 Vyhodnocení anketního šetření – okruh šikana.....	35
5.2 Vyhodnocení anketního šetření – okruh návykové látky	39
5.3 Vyhodnocení anketního šetření – okruh názory na užívání návykových látek	46
5.4 Vyhodnocení anketního šetření – okruh pohybová aktivita respondentek.....	50
6 ZÁVĚR.....	55
8 SOUHRN	57
9 SUMMARY	58
10 REFERENČNÍ SEZNAM.....	59
13 PŘÍLOHY.....	60
13. 1 Anketa.....	60

1 ÚVOD

Volný čas je důležitým prvkem životního stylu jedince a hraje důležitou úlohu v životě společnosti. Názory jedinců na volný čas jsou rozdílné a každý jedinec využívá svůj volný čas po svém. V dnešní době sledujeme, že struktura využití volného času se posunuje z aktivních činností do pasivních způsobů života, jako je např. sledování televize, hry na počítači, trávení spousty času na sociálních sítích apod. Jelikož jsou představy lidí o trávení volného času rozdílné, také radost z uspokojení jejich potřeb je individuální. Proto mnoha lidem přináší trávení volného času příjemné pocity, ale také může jedince dost závažně ohrozit.

Důvodem, proč jsem si vybrala toto téma pro bakalářskou práci, byl fakt, že jako trenérka v házené jsem se ve své praxi nejčastěji setkávala s kategorií mladších a starších žákyň. Často jsem vyslechla problémy dospívajících děvčat a uvědomila jsem si, jak tato věková skupina je ohrožena z hlediska sociálně patologických jevů. Zajímalo mě nejen jaké povědomí mají dívky o této problematice, ale také jakou mají osobní zkušenost se sociálně patologickými jevy.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá výčtem a charakteristikou vybraných sociálně patologických jevů, jako je šikana, návykové látky a to především drogy a alkoholu. Současně je práce zaměřena na prevenci jejich výskytu. Cílem bakalářské práce je seznámit ostatní čtenáře s výše uvedenou problematikou při volnočasových aktivitách týkající se dětí a mládeže.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, zda respondentky z vybraných házenkářských oddílů Olomouce, Otrokovic, Zlína a Veselí nad Moravou mají zkušenosti s výše uvedenými sociálně patologickými jevy. Průzkum bude probíhat na základě ankety, která bude následně zpracována do grafů.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Obecná charakteristika házené

Házená je kolektivní míčový sport, ke kterému je zapotřebí fyzické síly, vytrvalosti, dobrého zdravotního stavu a především týmové spolupráce. „*V utkáních současné házené se střídají maximální rychlost s postupným připravováním herních situací pro splnění herních úkolů*“ (Jančálek & Táborský, 1973, 7). Hlavním cílem je dát branku do soupeřovy branky za daných pravidel. Na druhé straně se družstvo soupeře snaží, aby vlastní bránu ubránil před útočícím družstvem. Branka je uznána, pokud míč projde celým svým objemem za brankovou čáru. Vítězí tým, který vstřelí soupeřovi více branek. Po hokeji je házená druhý nejrychlejší halový sport. Spoluhráči musí na hřišti předvést mnoho pohyblivosti, nápaditosti, tvořivosti, ale především všichni by měli pracovat jako kolektiv. Hráč během utkání, které vždy trvá 2 x 30 minut s 10ti minutovou přestávkou naběhá přibližně 4 – 6,5 km, vykoná asi 20 – 30 výskoků a 30x – 110x přihraje spoluhráčům (Anonymous, 2011).

Hřiště na házenou je čtyřicet metrů dlouhé, dvacet metrů široké a je rozděleno středovou čarou. Brankář má ohraničený prostor čarami brankoviště, které jsou ve vzdálenosti šesti metrů od branky. „*Branky mají vnitřní rozměr 3 x 2 metry*“ (Tkadlec & Tůma, 2002, 12). Na každé polovině se nachází přerušovaná čára ve vzdálenosti devíti metrů od branek, ze které jsou prováděny volné hody soupeře. Ve vzdálenosti sedmi metrů od branek se nachází čára sedmimetrového trestného hodu, která je vedena rovnoběžně s čarou brankovou a je umístěna ve středu branek. Ke každému utkání může nastoupit čtrnáct hráčů u každého družstva, z nichž šest je v poli a jeden v brance. „*Ostatní hráči jsou připraveni na střídačce a mohou kdykoliv vystřídat jakéhokoliv hráče v poli nebo brankáře*“ (Tkadlec & Tůma, 2002, 12).

Dospělé kategorie mají hrací dobu 2 x 30 minut s desetiminutovou přestávkou a mladší kategorie hrají utkání 2 x 25 minut, popřípadě 2 x 20 minut. „*Kromě rukou lze k hraní míčem použít kteroukoliv část těla vyjma nohy pod kolenem*“ (Tkadlec & Tůma, 2002, 12).

Jak uvádějí pánové Tkadlec a Tůma (2002, 12) „*pravidla povolují bránit soupeře tělem, může dojít k dotyku hráčů, ale je zakázáno do soupeře strkat, držet nebo svírat jej, nabíhat nebo naskakovat na něj. Porušení tohoto zákazu se trestá postupně napomenutím (žlutou kartou), vyloučením, a pokud je hráč vyloučen po třetí, následuje diskvalifikace (červená karta), což znamená, že tento hráč nesmí na hřiště nastoupit, ale po uplynutí dvou minut může být nahrazen jiným hráčem*“.

2.2 Sociálně patologické jevy

2.2.1 Základní pojmy

Sociální patologie

Podle Fischera, Škody (2009) sociální patologie (z lat. pathos – choroba, utrpení) souhrnně označuje nezdravé, abnormální a obecně nežádoucí společenské jevy. Na studiu těchto jevů se podílí vědní disciplíny jako sociologie, psychologie, medicína, etopedie aj. Tyto vědní disciplíny se zabývají především studiem a rozбором příčin a možných faktorů, které přispěly ke vzniku konkrétních sociálně patologických jevů. Dále se také zabývají analýzou zdrojů a příčin, stanovují a aplikují preventivní a korektivní postupy a doporučení, která by vedla k jejich eliminaci. V současné době termín sociální patologie bývá někdy nahrazován pojmy sociální deviace nebo sociální dezorientace. Avšak zatímco sociálně patologické jevy jsou pro jednotlivce či společnost vždy negativní, nemusí to platit v případě deviantních jevů.

Sociální deviace

Sociální deviace (z lat. deviatio – odchylka, úchylka) bývá označována jako takový způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, avšak je akceptována většinou populací. Jde o jakékoliv překročení normativu, například způsoby chování nebo extrémní postoje (Fischer, Škoda, 2009).

Podle Fischera a Škody (2009) jsou oba pojmy ovšem velmi relativní, neboť každý z nás je takřka denně svědkem porušování různých norem, vždyť je často porušujeme i my sami. Proto je nutné si uvědomit, že žádná norma nemůže být dodržována vzhledem k výjimečnosti individua stejným způsobem a přesně. V každém sociálním prostředí tedy musí existovat nepsaný toleranční limit, protože jak různé skupiny, jednotlivé společenské subkultury i jednotlivci se svými vzorci chování liší, avšak zapadají do uvedeného limitu tolerance. Mohli bychom říci, že toleranční limit je míra variability snášenlivosti k chování a dodržování norem druhými jednotlivci.

Sociální dezorientace

Sociální dezorientace bývá pojímána spíše jako narušení popřípadě rozklad systému norem společnosti. V důsledku toho vznikají životní způsoby a vzorce chování, které jsou pro společnost patologické. Zatímco sociální patologie a deviace spíše preferují zaměření na

jedince a etiologii jeho deviantního chování, sociální dezorientace poukazuje na širší společenské aspekty jako příčiny vzniku patologických jevů (Zapletal 2002).

2.2.2 Zdroje a příčiny sociálně patologických jevů

Etiologie sociálně patologických jevů

Podle Fischera a Škody (2009) Souvislost vzniku patologického jednání se společenskými faktory je zřejmá, ale musíme brát na zřetel i osobnost nositele. Sociálně patologické chování je ve skutečnosti působení různých vnitřních a vnějších biopsychosociálních faktorů, které působí ve vzájemném vztahu a v inkriminovaném čase. Příčiny jejich vzniku můžeme označit za multifaktoriální. V této souvislosti došlo v teorii příčin ke třem základním přístupům:

- A) Teorie, jež předpokládá existenci určitých typů lidí, kteří mají předpoklad porušovat společenské normy.
- B) Teorie situační předpokládá, že určité sociální situace navozují možnost vzniku sociálně patologických jevů, tedy že takového chování se může dopustit kdokoliv.
- C) Teorie konjunktivní předpokládá, že určitý typ lidí se v určité situaci zachová určitým způsobem.

Teorie zdrojů sociální patologie

Z důvodu zvýšeného zájmu společnosti řešit sociálně patologické jevy jsou jednotlivé teorie velmi dobře propracované, podložené řadou výzkumů a bádání. Je jich celá řada a vycházejí z různých hledisek. Obecně však můžeme zaznamenat tyto přístupy Fischer, Škoda (2009, 29):

- A) biologicko – psychologický,
- B) sociálně psychologický,
- C) sociologický.

Mezi jednotlivými teoriemi pozorujeme vzájemné prolínání jednotlivých faktorů, biologických, sociálních a psychologických, což potvrzuje, že příčiny vzniku sociálně patologických jevů jsou multifaktoriální (Fischer, Škoda, 2009).

A) Biologicko – psychologické teorie

Teorie rozeného zločince

Podle Fischera, Škody (2009) došel na základě antropologických měření všestranně vzdělaný italský lékař a bývalý vojenský chirurg Cesare Lombroso (1835 – 1909) k závěru, že zločinec se od nedelikventního jedince řadou fyzických a psychických anomálií, zločinnost se dědí a vzniká z určité kriminální vloh.

Oligofrenie jako příčina delikvence

Za jednu z hlavních příčin delikvence považoval Herbert Henri Goddard (1866 – 1957) sníženou úroveň mentálních schopností – oligofrenie. (Zapletal, 2002).

Genetické a adopční studie

Další přístup představují srovnávací studie jednovaječných a dvojvaječných dvojčat. V případě dědičné podmíněnosti by měla existovat shoda i v delikventním chování. Dědičná dispozice nebyla statisticky významně potvrzena. S. A. Mednick se svými spolupracovníky provedli v 80. letech rozsáhlý výzkum, ve kterém zjišťovali u všech dánských dětí, adoptovaných v letech 1924–1947, kolikrát byly odsouzeny pro trestný čin. Tyto údaje srovnávali s počtem odsouzení adoptivních a biologických rodičů. Ženy byly ze vzorku vyloučeny, neboť byly souzeny ve velmi malém počtu. Výsledky ukázaly, že procento odsouzených synů je nejvyšší, byl-li ve vězení jak biologický, tak adoptivní otec. Vliv biologického otce se jevil jako nejvýznamnější. Tyto teorie se zaměřují na biologické činitele, orientují se výhradně na sociálně patologického jedince a byly také v historii některými totalitními režimy zneužity např. fašismus v Německu (Vevera a kol., 2002).

B) Sociálně psychologické teorie

Teorie sociálního učení

Zastánci této teorie již operují s větším počtem vlivů. Podle Hanse Eynsencka (1916 – 1997) existují dvě základní dimenze rysů: introvert – extrovert, labilita – stabilita. Jejich kombinací pak vznikají čtyři typy osobností – sangvinik, cholerik, melancholik, flegmatik. Neurotičtí extrovertní jedinci mají nižší schopnost sociálního učení, což se pak může projevit v nerespektování společenských norem. (Fischer, Škoda, 2009).

Teorie charakteru a temperamentu

Podle Říčana (2010) Cloninger odvodil, že rozhodující oblasti, v nichž se charakter projevuje, je vztah člověka k sobě samému, k druhým lidem a ke světu jako celku.

- ✓ Sebeřízení (přijetí sebe sama, cílevědomost aj.)
- ✓ Kooperativnost (soucit, ochota pomáhat, empatie aj.)
- ✓ Sebepřesah (spiritualita, idealismus aj.)

Delikventní jedinec je tak egocentrický, že mu nezáleží na reakci okolí. Má zvýšenou potřebu zážitků, v menší míře pociťuje strach, není schopen domyslet důsledky vlastního jednání. Důležité je pro něho jen vlastní uspokojení (Říčan, 2010)

C) Sociologické teorie

Sociologický přístup se zaměřuje na souvislosti sociálně patologického chování v různých společenských kontextech. V ***teorii kulturního přenosu*** je základní myšlenkou, že deviantní chování je naučené v primárních skupinách, např. chudoba, že vede k deviantnímu chování. ***Teorie diferenciální asociace*** předpokládá, že lidé se stanou delikventy, když se stýkají s delikventními jedinci. ***Teorie anomie*** (bezzákonnosti) uvádí, že ve společnosti, ve které přestávají platit zákony jak právní tak morální, dochází k borcení tradičních hodnot a nastává čas, který vede k nejistotě a posléze k patologickému jednání. ***Teorie subkultur*** propojuje poznatky z předešlých teorií a uvádí, že jedinci, kteří jsou často z prostředí sociálně znevýhodněných skupin, prožívají často zklamání nad tím, že nemohou dosáhnout legitimním způsobem společenského úspěchu (Fischer, Škoda, 2009).

2.2.3 Šikana

Mezi nejzávažnější sociálně patologické jevy patří šikana. Se šikanou se děti mohou setkat ve škole, při volnočasových aktivitách, doma, ale také i běžně na ulici, např. cestou ze školy. V současné době se rozmáhá šikana i u dospělých, např. v podobě domácího násilí, šikana učitelů, na pracovišti od vedoucích a majitelů firem anebo právě při volnočasových aktivitách, kdy trenéři nebo pedagogové jsou slovně napadáni rodiči.

Z hlediska volnočasových aktivit se šikana projevuje ve formách zesměšňování a ponižování mezi vrstevníky a používání tělesných a ponižujících trestů vedoucími zájmových kroužků a trenéry (Vaničková, 2009).

„Šikanování naplňuje termín sociální patologie, protože postihuje sociální vztahy a vazby vrstevnického kolektivu. Její odlišení od přímé agrese je velmi obtížné, hraničním kritériem od

přímé agrese je pocit uspokojení z moci nad druhým na straně agresora“ (Vaníčková, 2009, 20).

Šikanování působí dětem tu největší bolest. Děti, které se staly obětí šikany, si přestávají hrát, jsou nešťastné a vyděšené. Přesto všechno jsou dle dětské psycholožky Michelle Elliottové ještě lidé, kteří jsou toho názoru, že šikanování je neoddělitelnou součástí vývinu a dospívání a každé dítě si jí musí projít, aby odolalo v nesnadných a drsných zkouškách běžného života (Elliottová, 1995).

Šikana spolu s osobnostními rysy, které jsou zejména pocit beznaděje, impulzivita, chaotické vztahy, deprese a jiné, se ve stále větší míře podílí na dětském sebepoškozování a sebevražděných pokusech (Koukolík, Drtilová, 2006).

Sebevražděné chování v dětství a dospívání bývá často výrazem volání o pomoc, než skutečného přání zemřít. Avšak i toto chování může mít nebezpečné důsledky. Sebevražděné jednání je nejčastěji motivováno únikem z takové zátěžové situace, kterou není jedinec schopen jinak zvládnout. Zátěž, ve které se dítě nachází se mu zdá bezvýchodná, bez způsobu jiného řešení. Bohužel sebevražda je druhou nejčastější příčinou smrti ve věkovém období 15-24 let (Fischer, Škoda, 2009).

2.2.3.1 Definice šikany

„Šikanování je nebezpečně rozbujelou sociální nemocí společnosti, jejímž důsledkem je poškozování zdraví jedince, skupin, včetně rodiny a společnosti vůbec.“ (Kolář, 2001, 17).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy charakterizuje šikanu jako *„jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit, ohrozit nebo zastrašovat žáka, případně skupinu žáků. Spočívá v cílených a opakovaných fyzických a psychických útocích 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, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Může mít i formu sexuálního obtěžování až zneužívání. Nově se může realizovat i prostřednictvím elektronické komunikace, jedná se o tzv. kyberšikanu. Ta zahrnuje útoky pomocí e-mailů, sms zpráv, vyvěšování urážlivých materiálů na internetové stránky apod. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě jako demonstrativní přehlížení a ignorování žáka či žáků třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Nebezpečnost působení šikany spočívá zvláště v závažnosti, dlouhodobosti a nezřídka v celoživotních následcích na duševní a tělesné zdraví obětí“ (Metodický pokyn č.j. 24 246/2008 – 6, čl. 1, MŠMT).*

Podle Vaníčkové je šikana „*psychotraumatizaci dítěte ve skupině, která je vyvolána záměrným a opakovaným ponižováním, zesměšňováním, omezováním jednoho či více dětí prostřednictvím přímé agrese nebo manipulace, které se neumí nebo pouze nedostatečně bránit*“ (Vaníčková, 2009, 20).

2.2.3.2 Stadia šikany

Abychom problému porozuměli, je nutné získat vnímavost k určitým varujícím signálům a znát přehled konkrétních typů agresí a manipulací. Šikanování lze podle Koláře dělit na (Kolář, 2001, 32):

- ✓ přímé a nepřímé
- ✓ fyzické a verbální
- ✓ aktivní a pasivní

Kolář uvádí osm typů šikany, které jsou kombinací výše uvedených tří dimenzí, a to (Kolář, 2001, 32):

1. Fyzické přímé aktivní (útočníci obětí fyzicky napadají)
2. Fyzické aktivní nepřímé (nobsledí na agresorův popud fyzicky napadají).
3. Fyzické pasivní přímé (fyzické bránění oběti v dosahování jejich cílů).
4. Fyzicky pasivní nepřímé (odmítnutí splnění požadavků oběti).
5. Verbální aktivní přímé (nadávky, urážky, zesměšňování).
6. Verbální aktivní nepřímé (roztrušování pomluv).
7. Verbální pasivní přímé (ignorování, odmítání komunikace).
8. Verbální pasivní nepřímé (skupina se nezastane oběti, je-li nespravedlivě obviněna z něčeho, co udělal agresor)

Šikanu lze tedy chápat jako nemoc celé skupiny, která křiví vztahy mezi jednotlivými jejími členy. Zdravá skupina se mění v nemocnou a podobně jako každá nemoc i šikana se vyvíjí v určitých stádiích (Vaníčková, 2009).

Stadia šikany (Kolář, 2001):

- ✓ Ostrakismus – jedná se o jedince, kteří jsou v dané skupině méně populární. Daná skupina ho vyčleňuje z kolektivu, nekomunikují s ním a jedinec musí čelit naschválům, kterými se skupina baví na jeho účet.

✓ Fyzická agrese a přitvrzování manipulace – v obtížných podmínkách, při kterých vzrůstá neshoda v dané skupině, se stávají méně populární jedinci terči. Skupina chce zdolat nejistotu a tak přitvrzuje agresi na úkor jedince. Přitom dojde k upevnění pospolitosti skupiny na účet jedince. U jedinců může dojít k prolomení bariéry a oběť se začne bránit tím, že útočné chování začne opěťovat.

✓ Vytvoření jádra – v tomto stadiu se rozhoduje, jestli se výchozí agrese přehoupne do stadia pokročilé. Pokud nedojde u narůstající agrese a začínajícího fyzického napadání slabšího jedince k řešení, dochází k vytvoření jádra, která systematicky započne týrat slabší jedince.

✓ Většina přijímá normy – v této části pozdní agrese, dojde ve skupině k změně norem, kdy normy agresorů jsou přijaty většinou.

✓ Totalita neboli dokonalá šikana – dochází k rozdělení na nadřízené a podřízené. Šikanující se označují za vůdce a oběti za sloužící. Agresoři ztrácejí zbytky zábran, jsou nutkáni k opakovanému násilí. Také původně jen přihlížející se postupně aktivně zapojují do týrání nebo již realizují šikanování.

2.2.3.3 *Protagonisté šikany*

Agresor

Šikanující děti se projevují jako dominantní osobnosti s touhou ovládat druhé a bezohledně se prosazovat. Často jsou podezíravé, mají sklon vidět útok proti své osobě i tam, kde žádný není. Je pro ně radostí ubližovat druhým, ničit věci pro zábavu nebo ze zlomyslnosti, nerespektují soukromé vlastnictví, často obratně mísí pravdu a lež. Badatelé se shodují, že sklon k agresivitě se vytváří již v předškolním věku. Významnou roli zde hrají vrozené dispozice (impulzivita, temperament, vznětlivost a jiné), avšak musí k nim také přistoupit určitý způsob výchovy (lhostejnost, nedostatek zájmu, citový chlad od rodičů, pochvala za neurvalé chování). Podle sice nepotvrzeného, ale v praxi věrohodně zdůvodňovaného názoru, pochází řada dětských aktérů šikany z nové podnikatelské elity. Tyto děti postrádají zájem svých rodičů, kteří se dětem nevěnují, avšak poskytují jim často velmi vysoké kapesné. Pokud jde o fyzickou stránku, jde většinou o nadprůměrně, tělesně zdatné jedince především u chlapců. Ovšem tomu tak nemusí být vždy. Inteligence spojená s krutostí a bezohledností, může vyvážit nedostatek tělesné síly. Pak může agresor pro svůj záměr získat i skupinu a proti této převaze je oběť úplně bezmocná. Často je šikanující obklopen tzv. nohsledy, kteří se k němu často ze strachu, že by se sami mohli stát obětí jeho šikany, připojují (Říčan, 1995).

Oběť

Obětí šikany se může stát kdokoli. Může to být dítě, které přijde do nového sebraného kolektivu, dítě zralejší než ostatní, jemné, přemýšlivé. Častěji se však stávají terčem agrese děti s nějakým handicapem (postižením), viditelná odlišnost dítěte, dítě ze sociálně slabé rodiny a rasová odlišnost. Typická oběť šikany bývá plachá, citlivá, často s nízkým sebevědomím. Může to být dítě osamělé, neschopné se družít, zaujmout, dítě s protivným chováním, neschopné vzbudit sympatie jak u dětí, tak dospělých (Říčan, 1995).

Jak řešit šikanu

Z hlediska volnočasových aktivit je řešení stejné jako na školách a hraje důležitou roli při výchově mládeže. Musíme mít ovšem na mysli, že to, co se děje při volnočasových aktivitách, není jen práce pedagogů, trenérů a asistentů s mládeží, ale i na sebe navzájem působící množství odlišných sil či skupin. Jedná se o trenéry, děti a rodiče. Také v každém družstvu a potom kompletního oddílu se vytváří řízené skupiny, ve které má každá své zájmy. Mezi jednu takovou skupinu patří rodiče, kteří požadují, aby trenéři byli tvrdou autoritou a měli pedagogický ráz. Druhou skupinu, která je silněji organizovaná, tvoří rodiče, kteří chtějí pro své děti co nejvíce výhod a to i za cenu toho, že si to vůbec nezaslouží. Může dojít k situaci, kdy v kolektivu dochází k agresi a vedení družstva o ní neví, protože oběť se bojí cokoliv říct a to z toho důvodu, že je jim vyhrožováno ještě větší agresí. Může nastat situace, kdy rodiče ví, že jejich dítě je týráno, ale bojí se, že pokud by situace, která nastala, by nebyla vyřešena a jejich dítě bude muset čelit dalším násilnostem. Stejná situace může nastat u trenérů družstev, kde vládne šikana. Trenéři mohou snášet agresi z bezbrannosti, že by jim mohlo být vytčeno, že nejsou schopni děti zvládnout. Pokud trenér vyvodí podezření a bude bedlivě sledovat situaci, může šikanující dopadnout při agresivním jednání a nezbývá nic jiného, než situaci začít řešit. O šikaně se též můžeme dozvědět od oběti, ostatních členů týmu, popřípadě od přítomných svědků a úkolem je celou situaci bedlivě prošetřit. Prošetření agrese je dost často náročné a v tomto směru se trenér stává pedagogem, poradcem (Vaníčková 2009).

Při vyšetřování šikany si nejdříve promluvíme s tím, kdo agresi oznámil a necháme mu převyprávět, jak k šikaně došlo. Snahou je o sdělení všech podrobných detailů. Pokud je informátorem sama oběť, důležitou roli hraje opora, povzbuzení a perspektiva k vyřešení problému. Poté přichází na řadu rozhovor s podezřelým ze spáchání agrese, při kterém je mu ponechána volnost k převyprávění toho, co se stalo, následují dotazy a sepsání tvrzení. Součástí výsledku jsou i děti, které si agrese všimli. Tady se kladou věcné a přímé dotazy a je

o situaci nejméně prozrazováno. Důležitou roli při vyšetřování šikany hraje objektivnost. I drobní a slabší jedinci, mohou ostatní vyprovokovat tak, že dojde ke střetu. Z počátku to může vypadat jako agrese, ale nakonec se může jednat o pomstu (Říčan, 1995).

2.2.3.4 Možnosti prevence šikany

Prevencí nemůže být myšleno pouze předcházení šikanování, ale také jeho řešení na všech úrovních stádií šikanování. Proto je třeba vybudovat ucelenou ochranu dětí před týráním agresorů (Kolář, 2001).

„Podobně jako u všech jiných negativních společenských jevů i u šikany platí, že je mnohem snazší, účinnější a ve svých důsledcích i levnější šikaně předcházet než ji později odstraňovat“ (Budinská, 2012, 8).

Podstatným faktorem pro efektivní ochranu před šikanou je vytváření dobrých vztahů v rodině, ve škole, v zájmových kroužcích a všude tam, kde děti tráví volný čas. I komunikace mezi těmito organizacemi může přispět ke snížení agrese v organizacích.

Podle Budinské (2012) je potřeba podporovat a chválou odměňovat každý projev empatie, solidarity a pospolitosti.

Princip solidarity

Důležitou zásadou prevence ve střetu s šikanou je soucit se slabšími jedinci, který hraje důležitou roli v prvotním vedení skupiny. Jakýkoliv dospělý, který se stará o děti ve volnočasových aktivitách, by se měl zaměřit na děti nemluvné, ostýchavé, úzkostné apod. Je důležité, aby tyto děti byly co nejčastěji chváleny, co nejdříve zapojeny do kolektivu a to vše za cenu toho, že dítě neprojeví své city v podobě vděčnosti. Právě proto, že dítě neumí dát najevo své city, bývá často separováno. Důležité je, aby bylo dostatek informací o tom, co se v kolektivu děje a nezavládlo pravidlo vlivnějšího (Budinská, 2012).

Posilování autority

Další zásadou je *„posilování a podpora autority učitele, vychovatele či jakéhokoliv jiného pedagogického pracovníka nebo rodiče“* (Budinská, 2012, 9). Tento princip je důležitý při ochraně osoby před eventuálním zneužitím autority.

Posílení demokracie

Princip, který se zakládá na postupu jednání s dětmi a jejich zákonnými zástupci. K dětem bychom měli přistupovat s trpělivostí, komunikovat s nimi, mluvit o jejich přání a vysvětlit,

že každý má právo na svůj vlastní názor. Pedagog, trenér, rodič by měl být schopen přiznat vlastní chybu a popřípadě se dítěti omluvit (Budinská, 2012).

Další možností prevence je participace – při volnočasových aktivitách či školy, v rámci kolektivů, by se děti měli naučit jak si vybudovat autoritu. Důležité je, aby rodiče byli informováni o problémech, které se v daném kolektivu vyskytují. O tom, že by se v zařízení mohla vyskytnout šikana, by rodiče měli vědět, ihned při nástupu dítěte do skupiny (Budinská, 2012).

Důležitým prvkem prevence je, aby dětem již od počátku byly zdůrazňovány charakteristické vlastnosti, na kterých společnost trvá. Jedná se především o respekt ke každému člověku, solidárnost se slabými jedinci, úcta, nesobeckost, pravdomluvnost atd. Dítě výše uvedenou výchovu, musí vidět na každém, se kterým je ve styku a musí výchovu považovat za samozřejmou.

Dalším aspektem prevence násilí je „*výchova k určité míře násilí*“ (Budinská, 2012, 12), kdy se děti postaví přímo na stranu oběti, i když může riskovat, že bude také napaden.

Nakonec je nutno říci, že k prevenci šikany mezi dětmi je důležité, aby se spojila snaha pedagogů, trenérů, dětí a zákonných zástupců a začali výše uvedenému sociálně patologickému jevu poskytovat prvořadou všímavost.

2.2.4 Návykové látky

Dalším závažným patologickým jevem je užívání omamných látek. Tato kapitola je zaměřena na problematiku návykových látek, především drogám a alkoholu. S návykovými látkami se setkáváme denně a doprovází nás při radostech a starostech běžného života. Každý z nás má nějakou zkušenost, že si dopřál alkohol při nějaké radostné události nebo naopak, když byl psychicky na dně a to proto, že se mylně domníváme, že jsou nejjednodušším východiskem krátkodobého vyřešení jakéhokoliv problému. Proto se čím dál více setkáváme s problémem, kdy omamné látky užívají mladiství. I přestože u nás existují zákony, které zakazují užívání návykových látek mladistvými, je čím dál jednodušší tyto látky sehnat.

Návykové látky nejsou jen drogy a alkohol, ale jsou to i tabákové výrobky, kofein a mohou to být i léky, které máme běžně v domácí lékárnice (Ganeri, 2001).

2.2.4.1 Definice drog

„Jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí. Drogou se však většinou myslí užší skupina látek, které ovlivňují psychiku“ (Nešpor, 2001, 144).

Také Ganeri ve své knize uvádí, že se jedná o chemickou látku, která může zvrátit náladu, chování, vjemy, tím, že bude mít účinek na tělo (Ganeri, 2001, 6).

Rozdělení návykových látek

2.2.4.2 Alkohol

Alkohol, nebo také etanol, etylalkohol spadá do skupenství, které nazýváme alkoholy. Je to sloučenina, při které se kvasí cukr a z větší části se jedná o směs, které jsou ochucenou vodou a lihem. Nadbytečná konzumace alkoholu se nazývá alkoholismus. Podle Kaliny a kol. (2002) patří Česká republika mezi státy s největší konzumací alkoholu a týká se asi 25% dospělých v mužské populaci a 5% žen.

Účinky

Již v malém množství má alkohol vliv na koordinaci pohybů, vnímání, na rychlost reakcí a jiné. Požití alkoholu ve větší míře oslabuje dýchání, oběh krve a tím může vést k bezvědomí, otravě a následně i ke smrti. Zvláště nebezpečné je, když je alkohol doprovázen jinými tlumenými látkami. Z psychologického hlediska požití alkoholu odstraňuje zábrany. Díky tomu ve společnosti dochází k uvolněnější atmosféře. Ale v opačném případě díky alkoholu dochází k vyhroceným emočním projevům a agresivitě (kol. autorů SANANIM, 2007).

Závislost

Alkohol je daleko nebezpečnější pro děti než pro dospělé, protože jejich játra nejsou schopna ho odbourávat v dostatečné míře a také děti mají menší tělesnou hmotnost. Návyk se u dětí vytváří velmi rychle a proto je potřeba děti před alkoholem chránit. Přestože je u nás stanovena věková hranice požívání alkoholu na 18 let, velmi často se tento věkový limit nedodržuje. Alkohol v některých případech může být průchozí drogou, tzn., že některé děti z něho přechází k látkám ještě nebezpečnější (Nešpor. Csémy, 2003).

Varovné signály a rizika

Brzké známky – maskování alkoholu v dechu např. bonbónem, zarudlé oči, zhoršená pohybová koordinace, nezřetelná výslovnost, slovní nebo fyzická agrese. Otrava alkoholem u dětí může nastat i po malých dávkách, roste riziko úrazů ve sportu, vyšší riziko sebevražd,

trestné činnosti, sexuálního zneužívání. V případě kombinace s jinými drogami se mohou dostavit dramatické vedlejší účinky a otravy.

Pozdní známky – okénka (nematování si, co se odehrávalo v době pod vlivem alkoholu), třes, samotářské pití, častější úrazy a tělesné nemoci, zvyšování dávek alkoholu. Mohou se rozvinout duševní nemoci, např. úzkost, deprese atd. Dochází k povahovým změnám, zhoršení stavu výživy, výskyt kožních nemocí. Dochází k poškození periferních nervů, epileptické záchvaty (Nešpor, Csémy, 2003).

2.2.4.3 Tabák

Někteří lidé nejsou toho názoru, že by měl tabák být zařazen mezi návykové drogy. Ovšem, opak je pravdou. Tabák se u mladistvých vyskytuje v mnohem větší míře než alkohol. Pro některé je symbolem dospělosti, mužnosti, popřípadě i možnosti předvést se před ostatními. Kouření tabáku bývá často spojováno s prospěchem žáka. Čím je prospěch žáka horší, tím více žáci kouří cigarety (Heller, Pecinová a kol., 1996).

Účinky

Kouř z tabáku obsahuje mnoho škodlivých látek. Nachází se v něm dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd a také arsenid nebo kyanid. Ale jedinou návykovou látkou je nikotin. Jedná se o jeden z nejvíce toxických jedů, který se při kouření uvolňuje do kouře a spolu s dehtem se dostává do organismu. U začínajících kuřáků mohou nastat potíže ve formě bledosti, studeného potu, nevolnosti, závratí atd. U dlouhodobých kuřáků může dojít až ke zhoubnému nádoru, srdečnímu onemocnění, dýchacím problémům, nemocem cév a k poškození žaludku (Nešpor, Csémy, 2003).

Negativní vliv má kouření i na tzv. pasivní kuřáky, kteří vdechují kouř od cizích osob. Nejvíce jsou náchylné děti, u kterých může dojít k potížím, jako je astma, alergie, ale také rakovina (Ganeri, 2001).

Aplikace

Dle Kaliny a kol. (2003) jsou v České republice nejznámější dvě formy aplikace tabáku.

- ✓ Bezdýmý tabák
 - Šňupací – aplikuje se vdechem do nosních dutin
 - Orální – aplikuje se do dutiny ústní a jedná se o žvýkáci tabák
- ✓ Tabák, který hoří – jedná se o cigarety, doutníky, dýmky.

Závislost a odvykací stav

Při vzniklé závislosti dochází k nezvladatelné touze po cigaretě, již po několika hodinách od poslední cigarety, která je doprovázená nervozitou, smutkem, podrážděností a může také dojít k depresivním stavům. Odvykání je velice těžká a dlouhodobá záležitost. Kuřák musí sám chtít přestat kouřit a především se musí naučit nekouřit. K této změně může docházet i po dobu několika měsíců (Nešpor, Csémy, 2003).

2.2.4.4 Marihuana a hašiš

Marihuana a hašiš jsou konopné drogy, které se získávají z rostlinného druhu Cannabis a jsou to drogy s halucinogenním účinkem. Obsahují látku tetrahydrokannabinol (THC), která je mnohem jedovatější než alkohol. Droga se ukládá v tukové tkáni, a proto se vylučuje z těla velmi pomalu. Konopné drogy se nejčastěji užívají v podobě kouření a v menší míře se přidávají do jídel a nápojů (Nešpor, Csémy, 2003).

Varovné signály a rizika

Brzké známky – zarudlé oči, zrychlený tep, bolest na hrudi, kašel, sucho v ústech, hlad, pach po spálené trávě, změny nálad, riziko úrazů, chladné končetiny.

Pozdní známky – malá péče o zevnějšek, podrážděnost, špatný postřeh, nepravidelná menstruace, neplodnost mužů, poškození plodu u těhotných žen, rozvoj závislosti (Nešpor, Csémy, 2003).

Odborná pomoc

Závislí na konopných látkách většinou sami pomoc nevyhledají. Spíše přichází pod nátlakem školy, rodiny, partnera a jedná se o skupinu, u které po požití drogy nastane nečekaný a nepříjemný stav. Přichází v nejistotě a se strachem, zda použití látky nebude mít nějaký důsledek. Za těchto okolností ve většině případů, postačí poradenství a to jak individuální, tak rodinné. (Kalina a kol., 2003).

2.2.4.5 Pervitin

Pervitin patří do skupiny stimulačních drog, které vyvolávají psychické a duševní povzbuzení. Po jejich aplikaci může organismus projít pocitem svěžesti a může dojít až k nekontrolovatelnému vzrušení. Mezi další stimulační drogy patří i kokain, amfetamin, efedrin a jiné (Nešpor, Csémy, 2003).

Dle Kaliny a kol., (2003) je pervitin mikrokrytalický prášek bílé barvy, bez zápachu a s hořkou chutí. Při domácí výrobě obsahuje zbytky hmot, a proto může být zabarven do žluta nebo fialova.

Varovné signály a rizika

Podle Nešpora a Csémy (2003) jsou varovné známky následující.

Brzké známky – zrychlený pulz, rozšířené zornice, neklid, třes, zvýšení teploty, úzkosti. Po odeznění působení drogy, mohou nastat deprese a dlouhý spánek. Při předávkování pervitinem, dochází ke smrtelné otravě z důvodu srdečního selhání. Spojení pervitinu a alkoholu smrtelnou otravu ještě zvyšuje. Při nitrožilní aplikaci dochází k vyššímu riziku předávkování, k přenosu žloutenky a viru HIV.

Pozdní známky – halucinace, pocity pronásledování, vysoká teplota, poškození ledvin, srdce a jater, poruchy životosprávy.

Závislost a odvykací stav

Pervitin vyvolává spíše závislost psychickou než fyzickou, ale to neznamená, že je méně nebezpečný. Závislost nastupuje velice rychle a taky se rychle zvyšuje potřeba zvýšit dávku. Po skončení užívání, dochází k nepřekonatelné únavě, spánku s krátkodobými přestávkami na jídlo a to může trvat několik hodin i dní. Pokud je po probuzení zabráněno aplikaci drogy, může dojít až k agresi. Stav během několika dní odezní, ale chuť na drogu může přetrvávat i několik měsíců (Kalina a kol., 2003).

2.2.4.6 Tlumivé léky

Produkce a šíření léků ustanovuje zákon o léčivech. Jednu skupinu léků tvoří ty, které jsou pouze na lékařský předpis a musí jej předepsat a podepsat kvalifikovaný lékař. Do této skupiny spadají léky na stavy úzkosti a barbituráty. Druhou skupinu tvoří léky, které jsou volně prodejné v lékárnách. Tady řadíme léky především proti nachlazení a kašli. Třetí skupinu léků tvoří ty, které se mohou volně prodávat mimo lékárny, ovšem tato distribuce není v České republice v současné době rozšířená (Ganeri, 2001).

V současné době je na trhu velké množství léků a spousta z nich má vedlejší účinky a dochází k závislosti. Intoxikace léky je velmi nebezpečná, a proto léky by měly být mimo dosah dětí. Při dlouhodobějším užívání léků např. léků proti úzkosti, které jsou užívány v malých dávkách, může dojít k závislosti. Ta sice neohrožuje život, ale je velice komplikovaná, protože symptomy, díky kterým byl lék předepsán, se vyskytují v zesílené

podobě. K odvykání vyšších dávek léků je zapotřebí vyhledat lékaře. Většina léků, které byly předepsány z důvodu ať fyzické či psychického, problémy neřeší. Je třeba si uvědomit, že k tomu, aby nás přestaly bolet záda, je zapotřebí např. rehabilitace, cvičení, masáže. K vyřešení duševních problémů nebo nespavosti není potřeba ihned užívání léků, ale je třeba si uvědomit, že něco není v nepořádku. Ve spoustě případů stačí zmírnit životní tempo a upravit životní styl (Nešpor, Csémy, 2003).

Rozdělení léků

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007, 146) tlumivé léky rozděluje do následujících skupin:

- ✓ Celková anestetika – jedná se o léky, které jsou využívány při operacích
- ✓ Hypnotika a sedativa – léky na uklidnění a na spaní
- ✓ Antiepileptika – léky proti epilepsii
- ✓ Antiparkinsonika – léky, které příznivě ovlivňují příznaky Parkynsova syndromu
- ✓ Centrální myorelaxancia – látky, které snižují svalové napětí
- ✓ Analgetika – léky proti bolesti
- ✓ Psychostimulacia – látky zvyšující psychomotorické tempo
- ✓ Anxiolytika – látky, které odstraňují úzkost a napětí
- ✓ Ostatní – etanol, centrální analeptika

Charakteristika léků

Vzhledem k tomu, že tlumivých léků je široká škála, v následujícím textu budou uvedené ty, které jsou nejvíce zneužívány.

2.2.4.7 Analgetika

Jedná se o obsáhlou skupinu léků s potencionální závislostí. Jsou používány k odstranění bolesti, k utlumení a řada z nich je k dostání bez lékařského předpisu. Analgetika se rozdělují na dvě skupiny (Kalina a kol., 2003):

- ✓ neopioidní analgetika – to jsou léky, které nevyvolávají závislost a užívají se k utlumení bolesti nebo ke snížení horečky. Pacienti se ale stávají závislými, pokud se k této složce přidá další složka, která způsobuje závislost, jako např. kofein, kodein, efedrin. Mezi léky, které tuto z některých látek obsahují, můžeme zařadit Coldrex.

- ✓ opioidní analgetika – léky, které se užívají k utlumení střední až silné bolesti, k celkové anestezii a v případech, kdy nezabírají analgetika neopiooidní. Do této skupiny patří např. morfin, tramal, valoron a jiné.

2.2.4.8 Hypnotika a sedativa

Tyto léky patří mezi neužívanější, nejčastěji předepisované a nachází se v mnoha domácnostech. Léky jsou při předávkování poměrně bezpečné, pokud ale nejsou užity s jinými látkami, především alkoholem. Pokud by byly užity v této kombinaci, může dojít až ke smrti (Ganeri, 2001).

Rozdělení

Tyto léky se dělí dle účinnosti tlumivého působení, rychlosti vylučování a tím i délky účinku (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2003):.

- a) dle intenzity tlumivého působení
 - ✓ léky s nejmocnějším tlumivým účinkem se užívají při poruchách spánku – rohypnol, intrazepam atd.
 - ✓ léky, které způsobují slabší útlum, jsou indikovány proti úzkosti – diazepam, valium, lexaurin atd.
- b) dle délky účinku
 - ✓ léky působící dlouhodobě – diazepam, valium
 - ✓ léky působící středně dlouho – lexaurin, heurol, rohypnol
 - ✓ léky působící krátkodobě – oxazepam. Tyto léky se z těla vylučují za dobu kratší než 12 hodin a proto u nich vzniká větší pravděpodobnost závislosti

Varovné známky a rizika

Podle Nešpora a Csémy, 2003 jsou varovné signály následující.

Brzké známky – zpomalená řeč, poruchy myšlení, orientace, úsudku, ospalost, zpomalený dech. Může dojít k těžké otravě, pokud se léky zkombinují s alkoholem.

Pozdní známky – rozvoj závislosti, roztřesenost, nechutenství, poruchy výživy, zkažené zuby, nechutenství, poruchy spánku. Při vysazení vysokých dávek léků, může být ohrožen i život nebo dochází k poškození paměti.

2.2.4.9 Opiáty

Opium je zaslá štáva z nezralých makovic a opiáty jsou látky, které mají strukturu blízkou morfinu a je hlavním alkaloidem opia. Při užití dojde k útlumu celého centra nervového systému. Nejvíce dochází k útlumu centra dechu, díky kterému může dojít až ke smrti. Legálně se opiáty nejvíce využívají v lékařství po pooperačních stavech a tumorových bolestí. Dále tyto látky ovlivňují i funkce tělesné. Potlačuje činnost hladkého svalstva a může dojít k zácpě, poruše transportu vajíčka vejcovodem a jiné (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2003).

Nejčastější užívané látky a jejich charakteristika

Heroin

Jedná se o hnědý prášek nebo kamínky, které jsou charakteristické omamnou vůní. Užívat se může inhalací z fólie (aluminiové), kouřit, polykat a šňupat. Nejčastější způsob je aplikace injekční stříkačkou. Heroin působí v těle i několik hodin a při požití dochází k příjemné euforii. Mezi první příznaky nálehavé závislosti patří nevolnost, hučení v uších, mravenčení, nespavost, únava, podrážděnost střídající apatii. Při nedodržování zdravé životosprávy dochází k vyčerpání organismu. Dost často dochází k infekcím, které mají za následek oslabení imunitního systému a nesterilní prostředí při aplikaci drogy (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2003).

Původní myšlenka byla, že heroin bude náhražkou morfia, které dostatečně tlumilo bolest, ale způsoboval návyk. Heroin byl ještě účinnější lék proti bolesti, ale byl mnohem více návykový, než morfium. V současné době je neustále využíván v lékařství při léčbě smrtelně nemocných rakovinou. Jedná se o bílý prášek, který není běžně k sehnání, protože po aplikaci čistého heroinu by nastala okamžitá smrt. Proto se do něho přidává kofein, křída, cukr, mouka a vznikne prášek s lehce nahnědlou barvou (Ganeri, 2001).

Odvykací stav vznikne asi 10 hodin po poslední dávce a trvá přibližně 10 dní, kdy nejhorší časové období je mezi druhým a třetím dnem. Jeho intenzita je závislá na dávce. V lehčích případech se projevuje bolestí břicha, průjmem, špatnou náladou, nespavostí. U těžších případů dochází ke zvýšení teploty, poruchám řeči, nechutenství, dehydrataci (Kalina a kol., 2003).

Braun

Jedná se o českou drogu, která se vyrábí po domácku vytvořených laboratořích a obsahuje kodein. Droga má hnědou barvu a jedná se o roztok, který se aplikuje do žíly. Závislost vzniká v mnohem menší míře než na heroinu (Kalina a kol., 2003).

Subutex

Tablety, které jsou jen na lékařský předpis a rozpouští se pod jazykem. Pokud je tableta užívána tak jak má, je v porovnání s heroinem daleko méně rizikový. Ale pokud je zakoupen na černém trhu a aplikován injekční stříkačkou, jsou rizika srovnatelná s výše uvedenými drogami (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2003).

Varovné známky

Brzké známky – trvalý stav obluzení, zúžené zornice a útlum. Riziko předávkování roste, pokud jsou opiáty v kombinaci s alkoholem, dále při nitrožilní aplikaci, při které je velké nebezpečí přenosu žloutenky, viru HIV, tetanu a jiných nemocí;

Pozdní známky – rychlý nástup závislosti, při odvykání se rozšiřují zornice, zrychluje se dech a tep, nechutenství, křeče, neklid, podrážděnost. Dalšími příznaky jsou vysoké finanční nároky, krádeže, chátrání celého těla, jak po duševní, tak tělesné stránce, nastupující trestná činnost, prostituce a jiné (Nešpor, Csémy, 2003).

2.2.4.10 Organická rozpouštědla

Jsou to látky s nejnebezpečnějším narkotickým účinkem, kdy dochází ke snadnému předávkování a ke smrti. Rozpouštědla jsou nebezpečnější než kokain, pervitin nebo heroin. Tyto drogy mají společnou vlastnost a to, že rozpouštějí tukové látky, poškozují molekuly bílkovin a při opakovaném užívání dochází k poškození některých vnitřních orgánů, jako je mozek, játra, kostní dřeň a ledviny. Těkavé látky jsou nejčastěji užívány dětmi a mladistvými. Kromě rozpouštědel jsou nebezpečné i některá lepidla, např. ty, které se používají v modelářství (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2003).

Nejběžnější inhalované rozpouštědla

Dle Kaliny a kol., (2003) se jedná o následující drogy.

- ✓ Toluen – nejčastěji používaná inhalační droga. Jedná se o čirou kapalinu, která se získává z ropy, oleje nebo plynů koksu
- ✓ Aceton – používá se na ředění barev
- ✓ Éter – rozpouštědlo tuků a olejů, používaný k narkózám

- ✓ Benzin – pohonná hmota
- ✓ Rajský plyn – krátce po vdechnutí vyvolá opojný stav. Vdechuje se z nafukovacích balónků nebo z lahviček na výrobu šlehačky
- ✓ Trichloretylen – inhalace způsobuje euforii, jedná se o všestranné rozpouštědlo používané v průmyslu.

Varovné známky

Brzké známky – oblečení a dech jde cítit po chemikáliích, bledost, obluzenost, nebezpečí smrti i při prvním užití, rozšířené zornice, načervenalé oči, špatná výslovnost. Může dojít ke smrti z důvodu zadušení nebo zástava srdce.

Pozdní známky – výskyt závislosti, lenivost, nezájem, zanedbávání školy, zvýšené jaterní testy, vyrážky kolem nosní dutiny a úst (Nešpor, Csémy, 2003).

2.2.4.11 Halucinogeny

Jedná se o drogy, které jsou nejvíce vědecky zkoumány a to z toho důvodu, že mají neobvyklé vlastnosti a účinky na lidskou psychiku. Ale jsou také nevyzpytatelné, tajemné a využívány lidskou civilizací již od nepaměti. Nejčastěji jsou tyto látky užívány při tanečních zábavách. Droga je vždy užívána s jinou drogou, která je hlavní a halucinogen ji doplňuje. Nejvíce užívané látky jsou LSD a lysohlávky (Kalina a kol. 2003).

LSD

Dle Kaliny a kol. (2003) to jsou látky, které se u nás vyskytují v podobě tripů (malé papírové čtverečky s potisky různých symbolů) nebo krystalů (malé granule tmavomodré nebo zelené barvy). Užívá se rozpuštěním v dutině ústní pod jazykem.

Také Ganeri (2001), která se problémem halucinogenů zabývala uvádí, že se jedná o prášky nebo menší zrnka kulatého tvaru o velikosti špendlíkové hlavičky, které se mohou přilepit zespod lepící pásky a stříhat dle potřeby. Nejvíce se vyskytuje ve formě čtverečků svého papíru, kterým se říká tripy. V nich je napuštěn roztok LSD, který je bez chuti, zápachu a barvy. Mezi halucinogeny je LSD nejsilnější drogou, která existuje.

Lysohlávky

Psylocybin je aktivní látka, která je v houbách obsažena. Jedná se o sezónní drogu, která se na trhu vyskytuje v sušené podobě. Málo kdy je houba určena k prodeji, z důvodu kolísavé ceny, proto na trhu dochází spíše k darování či výměně (Kalina a kol. 2003).

Varovné známky a rizika

Dle Nešpora a Csémy (2003) je rozdělení následující.

Brzké známky – rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, možná nebezpečnost sobě i druhým. Po odeznění účinku je možný výskyt depresí, někdy dochází k sebevražedným myšlenkám.

Pozdní známky – ohrožení duševního zdraví, vyšší riziko nádorových onemocnění, epilepsie, vleklé deprese, úzkost, duševní poruchy.

2.2.4.12 Anabolika (steroidy)

Čím dál častěji se setkáváme s tím, že sportovci užívají zakázané látky, kterým se říká steroidy, pro zlepšení svého sportovního výkonu. Po užití této drogy získávají značnou sportovní převahu nad ostatními, ale také to znamená velké riziko ohrožení ve zdraví. Může dojít nejen k diskvalifikaci v soutěžích, na závodech, ale také vyloučení ze sportovního svazu. V současnosti celosvětová sportovní organizace se snaží o to, aby ze sportu vymizely zakázané látky. Jsou k tomu využívány testy ze vzorků moči sportovců, jak při důležitých sportovních akcích, tak i mimo hlavní sezónu, kdy sportovci jsou vybíráni náhodně.

Steroidy jsou mezi sportovci a především kulturisty nejvíce rozšířenou drogou. Jsou vyráběny z mužského hormonu testosteronu a využívá se k podpoře produkce svalů a na zvýšení výkonu. Některým sportovcům anabolika umožňují usilovněji trénovat a také se rychleji zotavují ze zranění nebo vyčerpání. Dalším důvodem užívání steroidů je, že v současnosti je mezi sportovci tak velká konkurence, že je užívají pro udržení vysoké výkonnosti. Anabolika jsou užívány buď jako tablety nebo se aplikují do žíly a jsou užívány v cyklu. V moči zůstávají zbytky až šest měsíců po posledním užití (Ganeri, 2001).

Při delším užívání steroidů může dojít k zastavení vývinu, poškození jater, cév srdce, velké riziko mozkové mrtvice, podezíravost, sklony k agresivitě, ztráta přátel. Při žilní aplikaci existuje velké riziko přenosu žloutenky a viru HIV (Nešpor, Csémy, 2003).

2.2.5 Zdravý životní styl

Zneužívání všech návykových látek a závislost na nich, neohrožuje jen základní hodnoty jednotlivce, ale současně i rodiny, popř. celé společnosti. Proto tento problém není možné řešit izolovaně, ale pouze v kontextu souboru opatření v oblastech sociální prevence, výchovy a vzdělání, podpory rodiny, ochrany zdraví a dalších sfér. Prevenci závislostí je třeba chápat jako snahu vedoucí k ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života. Proto je třeba prevenci zaměřit již na děti mladšího školního věku. K dosažení dobrých výsledků je velmi

důležité zajistit výcvik pro odborníky, kteří pracují s dětmi, a kteří jim dovedou věrohodně objasnit proč zdravě žít a co vlastně takový zdravý způsob života jim může přinést (Heller, Pecinovská a kolektiv, 1996):

- ✓ svobodu a nezávislost – závislostí na jakékoliv látce ztrácíme svobodu vlastního rozhodování, pohled na svět je zužován pouze na problémy spojené s drogou a s jejím získáním,
- ✓ více peněz – droga vyžaduje vysoké finanční náklady, které neustále stoupají. Současně však omezují schopnost pracovní aktivity a tvorbu finančních rezerv,
- ✓ lepší kondici, vytrvalost, sílu - droga ničí samotný organismus,
- ✓ lepší postřeh – droga v jakýkoliv dávkách negativně ovlivňuje organismus, a proto tvrzení, že droga má povzbudivý účinek na člověka, je mýtus,
- ✓ hezčí plet' – zneužívání všech drog se projevuje typickými projevy v obličeji,
- ✓ lepší paměť – paměť se stává jednou z prvních obětí zneužívání drogy,
- ✓ méně úrazů – snížená psychická kondice vždy omezuje možnost organismu odpovídat na vzniklé situace,
- ✓ lepší šance další generace – vysoká pravděpodobnost poškození svého dítěte u ženy, která nepřeruší konzumaci své drogy ani v těhotenství,
- ✓ kvalitní vztahy – drogy bez výjimky devastují vztahy mezi lidmi,
- ✓ lepší pracovní výsledky – přestože se často užití drogy zdůvodňuje potřebou zvýšení pracovního výkonu, naopak kvalitu výkonu snižuje

3 CÍLE A HYPOTÉZY

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem bylo zjistit výskyt vybraných sociálně patologických jevů u házenkářek mládežnických kategorií ve vybraných družstvech.

3.2 Dílčí cíle práce

1. Zjistit, obecný názor a informovanost o šikaně.
2. Zjistit zkušenosti s návykovými látkami.
3. Zjistit základní informace o pohybové aktivitě ve volném čase.

3.3 Výzkumné otázky

1. Setkalo se s šikanou více jak 30% respondentek?
2. Vyzkoušelo více jak 35% respondentek cigaretu před 15 rokem?
3. Vyzkoušelo více jak 45% návykovou látku mimo alkohol před 18 rokem?
4. Vyzkoušelo více jak 35% respondentek alkohol před 18 rokem?

3.4 Úkoly práce

1. Analýza odborné literatury.
2. Sestavení a ověření ankety.
3. Zajištění výzkumného souboru.
4. Sběr dat.
5. Analýza a syntéza získaných dat.

4 METODIKA

4.1 Výzkumný soubor

Celkem bylo osloveno 92 hráček. Hráčky byly z Otrokovic, Olomouce, Zlína a Veselí nad Moravou. Tabulka 1 nám blíže specifikuje výzkumný soubor.

Sledovaný soubor	n	Hmotnost [kg]	Výška [cm]	BMI
Otrokovice	17	$56 \pm 17,1$	$163 \pm 13,1$	$20 \pm 3,7$
Zlín	14	$47,1 \pm 10,5$	$158 \pm 10,9$	$19 \pm 2,4$
Olomouc	38	$57 \pm 10,0$	$165 \pm 7,0$	$21 \pm 2,8$
Veselí nad Moravou	23	$59 \pm 7,2$	$165 \pm 7,1$	$22 \pm 1,9$
celkem	92	$54,8 \pm 11,2$	$163 \pm 9,5$	$20,5 \pm 2,7$

Tabulka 1. Specifikace výzkumného souboru

Z tabulky vyplývá, že se v Otrokovicích anketního šetření zúčastnilo 17 respondentek. Průměrná hmotnost v oddíle je 56 kg se směrodatnou odchylkou 17,1 kg. Průměrná výška je 163 cm se směrodatnou odchylkou 13,1 cm. Průměrná hodnota body mass indexu je 20 se směrodatnou odchylkou 3,7.

V oddíle Zlína se anketního šetření zúčastnilo 14 respondentek. Průměrná hmotnost v oddíle je 47,1 kg se směrodatnou odchylkou 10,5 kg. Průměrná výška je 158 cm se směrodatnou odchylkou 10,9 cm. Průměrná hodnota body mass indexu je 19 se směrodatnou odchylkou 2,4.

V oddíle Olomouc se anketního šetření zúčastnilo 38 respondentek. Průměrná hmotnost v oddíle je 57 kg se směrodatnou odchylkou 10,0 kg. Průměrná výška je 165 cm se směrodatnou odchylkou 7 cm. Průměrná hodnota body mass indexu je 21 se směrodatnou odchylkou 2,8.

V oddíle Veselí nad Moravou se anketního šetření zúčastnilo 23 respondentek. Průměrná hmotnost v oddíle je 59 kg se směrodatnou odchylkou 7,2 kg. Průměrná výška je 165 cm se směrodatnou odchylkou 7,1 cm. Průměrná hodnota body mass indexu je 22 se směrodatnou odchylkou 1,9.



Obrázek 1. Věk dotazovaných respondentek

Z celkového počtu 92 dotazovaných bylo 35% ve věku 13 – 14 let (starší žáčky), 23% ve věku 17 a více let (starší dorostenky), 18% ve věku 15 – 16 let (mladší dorostenky), 16% ve věku 11 – 12 let (mladší žáčky) a 8% ve věku 10 a méně let (minižačky a mladší žáčky).

4.2 Anketní šetření

V práci byla použita anketa, která se skládala ze 17ti otázek, které byly rozděleny do pěti částí. První se týkala osobní anamnézy respondentů, druhá se týkala šikany, třetí část se dotazovala na informace, týkající užívání návykových látek (kouření a alkoholu), čtvrtá část se týkala názorů na užívání návykových látek a poslední část se zabývala specifickou pohybovou aktivitou probandů. Anketa vycházela z obdobných anketních šetření (Bělka, Formánková 2010, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Státní zdravotní ústav 1998). Po sestavení ankety byl proveden pretest (září 2011) u skupiny 20-ti žáků ve věku 11 – 12 let. Po menších opravách byla anketa rozdána stejné skupině. Po druhé analýze byla anketa připravena do závěrečné podoby. Vlastní anketní šetření proběhlo v prvních 14 dnech měsíce října.

Jednalo se o záměrný výběr. Anketa byla rozdána v házenkářských oddílech v Otrokovicích, Olomouci, Veselí nad Moravou a Zlíně.

Anketa byla zcela anonymní, nikde nebyla uveřejněna jména. Všechna data byla zpracována, utříděna, vyhodnocena. Data byla analyzována do grafů a tabulek pomocí programu Microsoft Excel a Microsoft Word.

4.3 Statické zpracování dat

V práci bylo použito deskriptivní statistiky (absolutní četnosti, relativní četnosti, procentuální vyjádření, aritmetický průměr, směrodatná odchylka)

4.4 Analýza odborné literatury

Pro získání teoretických informací jsem procházela databáze knihoven (vědecká knihovna v Olomouci, Univerzitní knihovny v Brně, Olomouci a Zlíně). Využity byly stránky <http://ezdroje.upol.cz>.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

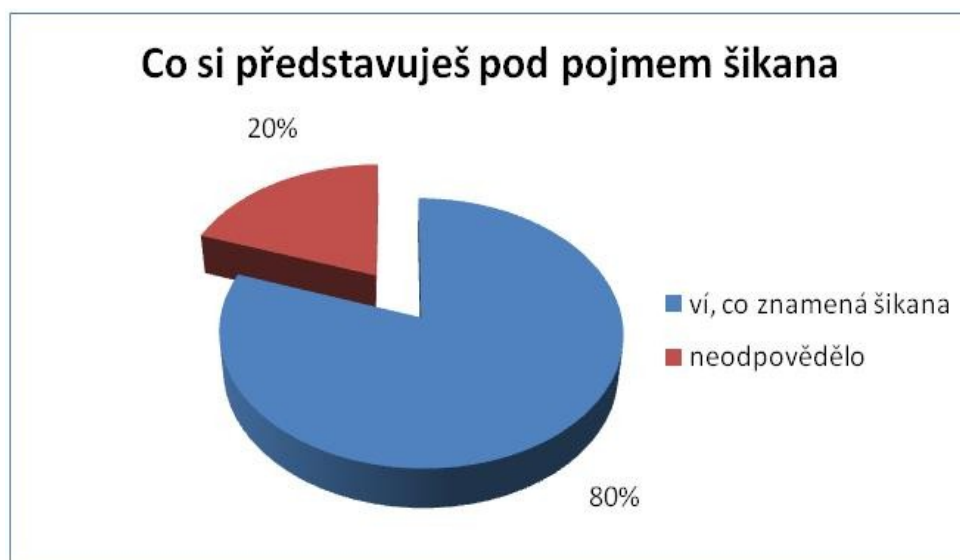
5.1 Vyhodnocení anketního šetření – okruh šikana



Obrázek 2. Zakroužkuj, se kterými druhy šikany ses již setkala ve Vašem družstvu

Z celkového počtu 92 respondentek odpovědělo 67%, že se s žádnou šikanou nesetkalo, 19% respondentek se setkalo s šikanou psychickou, 9% se šikanou internetovou a 5% s šikanou fyzickou.

Z empirického šetření v oblasti šikany vyplývá, že pokud se dívky se šikanou setkaly, bylo to nejčastěji ve formě psychického nátlaku. Ani jedna z dívek se nesetkala se šikanou dříve jak v 10 letech, 50% dívek, které se setkaly se šikanou, byly teprve ve věku 11 – 14 let a dalších 50% bylo ve věku 15 a více let.



Obrázek 3. Co si představuješ pod pojmem šikana

Z celkového počtu 92 respondentek 80% ví, co je šikana, kdy nejčastější odpovědí bylo, že se jedná o fyzické anebo psychické týrání jedince. Další odpovědi byly, že se jedná o pomluvy, urážky a nadávky. 20% respondentek na otázku neodpovědělo.

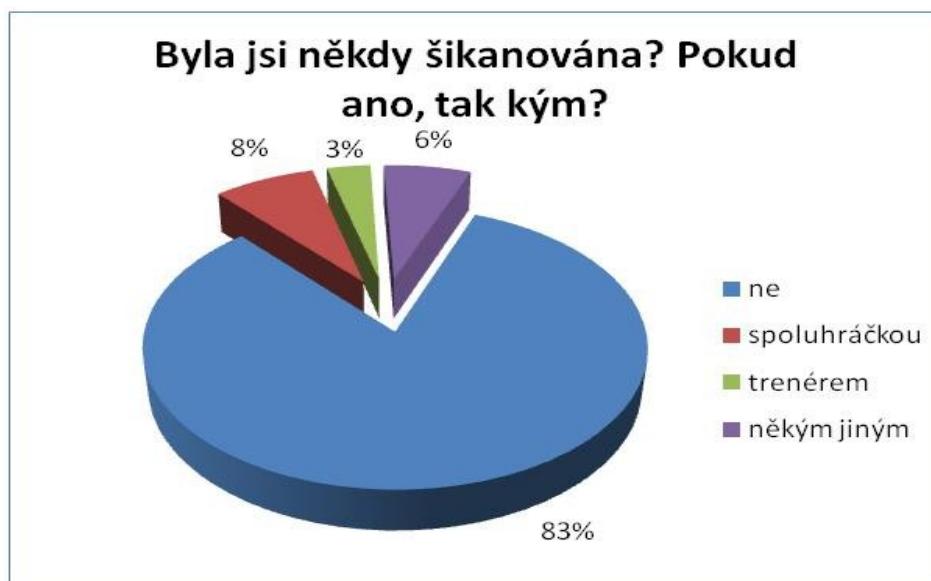
I přesto, že anketa byla zaměřena na širokou věkovou skupinu, vysoké procento dotazovaných dívek má potřebné vědomosti k této problematice. Nejčastější uváděné odpovědi dívek mladšího školního věku zahrnovaly pojmy šikany jako např. nadávky, urážky, pomluvy. Se vzrůstajícím věkem dívek se odpovědi více diferencovaly na jednotlivé projevy šikany (psychické, fyzické týrání, výhrůžky, obtěžování aj).



Obrázek 4. Kdybys byla šikanována, komu by ses svěřila

Z celkového počtu 92 respondentek 48% uvedlo, že pokud by byla šikanována, tak by se svěřila mámě, 41% by se svěřilo kamarádce, popř. kamarádovi, 6% sourozenci, 3% uvedla, že někomu jinému a pouze 2% by se svěřila tátovi.

Rozdíl v projevené důvěře mezi matkou a otcem je obrovský. Vzhledem k tomu, že anketa byla zaměřena na dívky, bylo velice pravděpodobné, že za takové situace budou mít dívky větší důvěru k matce. Další vysoké procento respondentek uvedlo, že by se svěřilo spíše kamarádce. Ve výsledcích se nepotvrdilo, že by určitá věková skupina za dané okolnosti inklinovala k jednomu danému subjektu.



Obrázek 5. Byla jsi někdy šikanována, pokud ano, tak kým

Z celkového počtu 92 respondentek 83% uvedlo, že se nikdy šikanovány nebyly. 17% uvedlo, že bylo šikanováno a to v 8% spoluhráčkou, v 6% někým jiným (spolužákem, spolužačkou) a ve 3% trenérem.

V oddílu házené byly dívky nejčastěji šikanovány svou spoluhráčkou. Ty, které byly šikanované v oddíle, byly z 90% ve věku 11 – 14 let. Bohužel se zde objevily i odpovědi, které uváděly šikanu ze strany trenéra. Respondentky, které uvedly šikanu ze strany trenéra, byly všechny ve věku 13 – 14 let, což navozuje další otázky vzhledem k období jejich dospívání.

5.2 Vyhodnocení anketního šetření – okruh návykové látky



Obrázek 6. Vyzkoušela jsi již někdy níže uvedenou látku

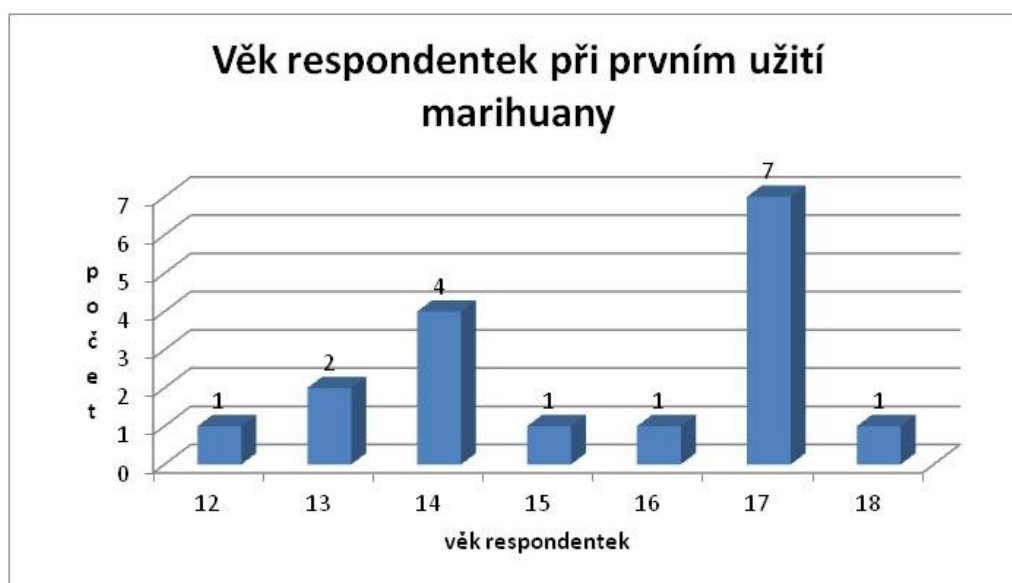
Z celkového počtu 92 respondentek 45% nevyzkoušelo žádnou látku, 55% vyzkoušelo a z tohoto počtu 35% zkusilo cigaretu, 15% marihuanu, 5% léky na uklidnění.

Největší část respondentek měla prvotní zkušenost s cigaretami, v pozdějším věku s marihuanou. U většiny dívek nebyla marihuana uvedena jako první vyzkoušená droga. Výsledky šetření neprokázaly jednoznačně vliv kouřících rodičů na prvotní zkušenost dívek s kouřením. Cigarety zkusily i dívky nekuřáků. Alarmujícím zjištěním je skutečnost, že jedna dívka zkusila již ve 12 letech heroin, i když dále uvádí, že již žádnou jinou látku neužívá.



Obrázek 7. Věk respondentek při prvním užití cigarety

Z 38 respondentek, které mají zkušenosti s kouřením, 35% uvedlo, že poprvé kouřilo ve věku 13 let. Alarmujícím zjištěním je, že 83% dotazovaných vyzkoušelo poprvé cigaretu před 15 rokem. To potvrzuje celorepublikové statistiky, které uvádí, že kouření u dětí a mládeže rapidně narůstá.



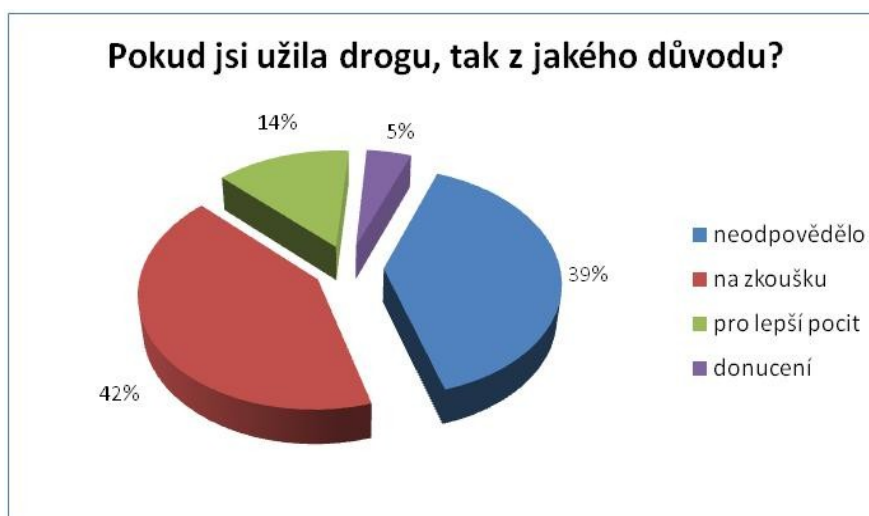
Obrázek 8. Věk respondentek při prvním užití marihuany

Ze 17 respondentek, které mají zkušenosti s marihuanou, 41% uvedlo, že první zkušenost s touto drogou mělo v 17 letech. 5,8% uvedlo, že vyzkoušelo marihuanu v 18 letech a 53% před dovršením 17 let.



Obrázek 9. Věk respondentek při prvním užití léků na uklidnění

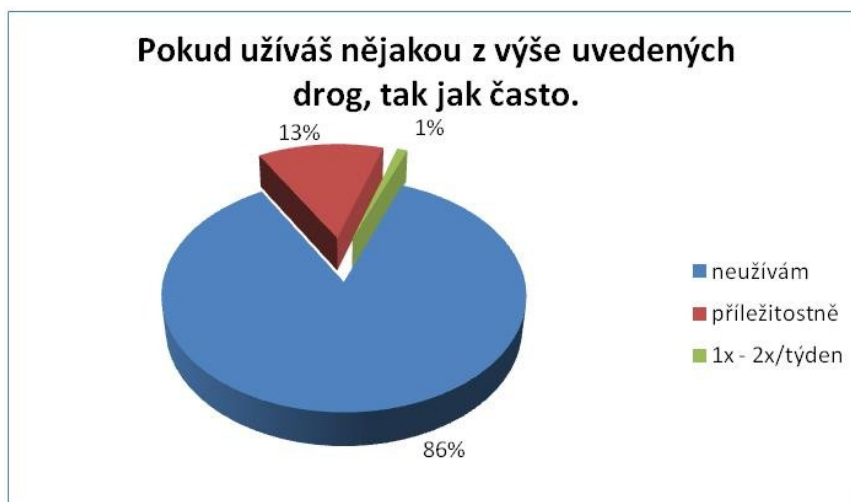
Z 6 respondentek, které mají zkušenost s užití léků, 33% uvedlo, že první zkušenost zažilo ve 14 letech, po 16, 7% vyzkoušelo léky na uklidnění v 11, 12, 16 a 17 letech. 67% dále uvedlo, že se jednalo o jednorázový experiment.



Obrázek 10. Pokud jsi užila drogu, tak z jakého důvodu

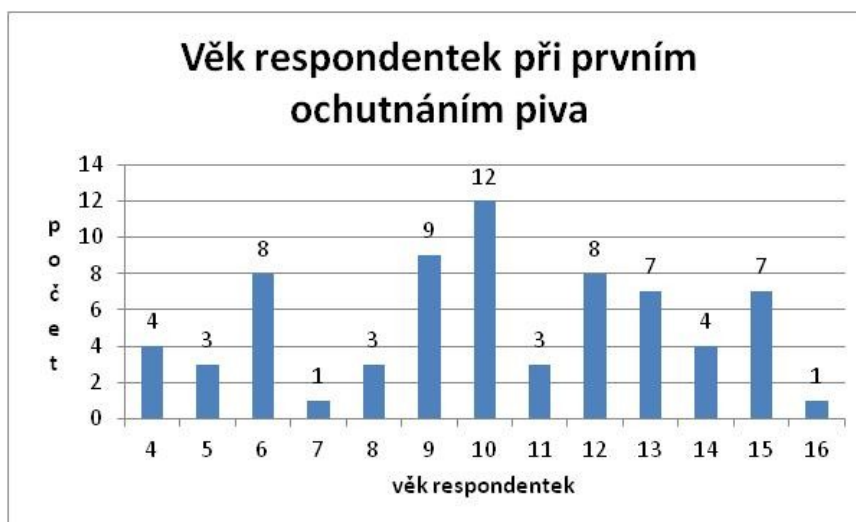
Z celkového počtu 43 respondentek, které nějakou drogu užily, 39% vůbec otázku nezodpovědělo, 42% chtěli drogu vyzkoušet, 14% kvůli lepšímu pocitu a 5% z donucení.

K vyzkoušení návykových látek nejčastěji dívky vede zvědavost, touha zkusit něco nového a tlak kamarádů. Jelikož jsou drogy stále obestřeny tajemstvím a představují něco exotického a přitom zakázaného, tak chuť riskovat, vyzkoušet něco neobvyklého patří k dospívání. Takže v podstatě odpovědi respondentek korigují s obecně platnými názory této věkové skupiny.



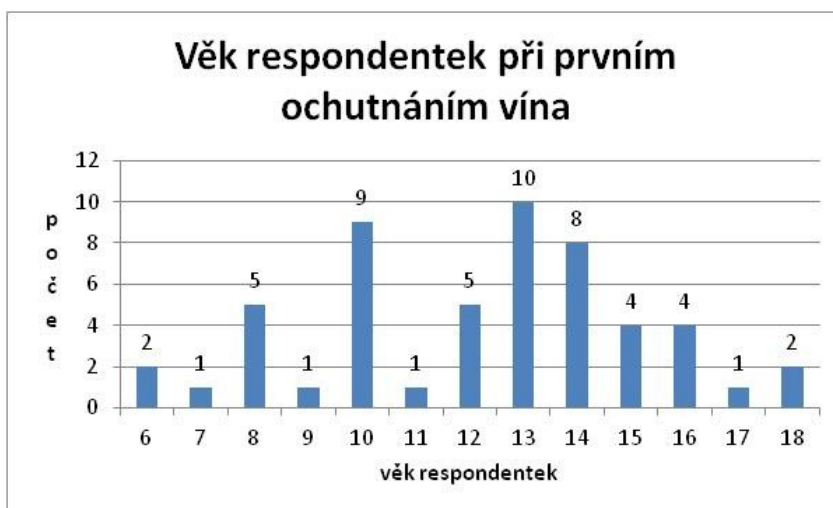
Obrázek 11. Pokud užíváš nějakou z výše uvedených drog, tak jak často

Z celkového počtu 92 respondentek 86% žádnou z drog neužívá, 13% užívá nějakou z drog příležitostně. Z tohoto počtu 92% uvádí kouření cigaret a marihuany příležitostně a je ve věku starším 17 let. 8% uvádí příležitostné kouření cigaret. 1% kouří cigarety pravidelně 1x – 2x za týden.



Obrázek 12. Věk respondentek při prvním ochutnání piva

Z celkového počtu 92 respondentek pouze 10% nikdy nevyzkoušelo žádný alkoholický nápoj. Dívky mají velice brzké zkušenosti s ochutnávkou piva. Všechny respondentky, které ochutnaly pivo, neměly 18 let. Dalším zjištěním je, že 57% mělo první zkušenost s ochutnáním piva do 10 let, z čehož lze předpokládat, že k tomu s největší pravděpodobností došlo v kolektivu rodiny.



Obrázek 13. Věk respondentek při prvním ochutnáním vína

Z 53 respondentek, které poprvé ochutnaly víno, bylo 87% ve věku do 15 let a to je hranice povinné školní docházky. Lze opět předpokládat, že bylo víno podáno někým z blízké rodiny. 9% bylo ve věku 16 – 17 let a pouze 4% ochutnalo víno v zákonem povolené věkové hranici.



Obrázek 14. Věk respondentek při prvním ochutnáním tvrdého alkoholu

Ze 44 respondentek, které poprvé ochutnaly tvrdý alkohol, bylo 84% ve věku do 15 let, což je na prostu alarmující, když si uvědomíme, že jsou to děvčata na základní škole.

To potvrzuje názor odborníků, že naše společnost má ke konzumaci alkoholu obecně benevolentní přístup a ani rodiče si neuvědomují možnost rizik. I když je u nás dána věková hranice konzumace alkoholu od 18 let, první zkušenosti s alkoholem zažívají děti při nejrozličnějších rodinných oslavách, setkáních.



Obrázek 15. Jak často konzumuješ alkohol

Z celkového počtu 92 respondentek 47% vůbec nekonzumuje alkohol, 31% požije alkohol příležitostně, 8% 1x – 2x týdně, 5% 2x za měsíc, 2% 4x za rok, 2% 3x – 5x týdně, 1% konzumuje alkohol denně a 4% na tázaných na otázku neodpovědělo.

Přestože se jedná o skupinu dívek pravidelně sportujících, více než polovina jich konzumuje alkoholické nápoje buď příležitostně, nebo pravidelně. Frekvence konzumace alkoholických nápojů, se zvyšuje úměrně s narůstajícím věkem.



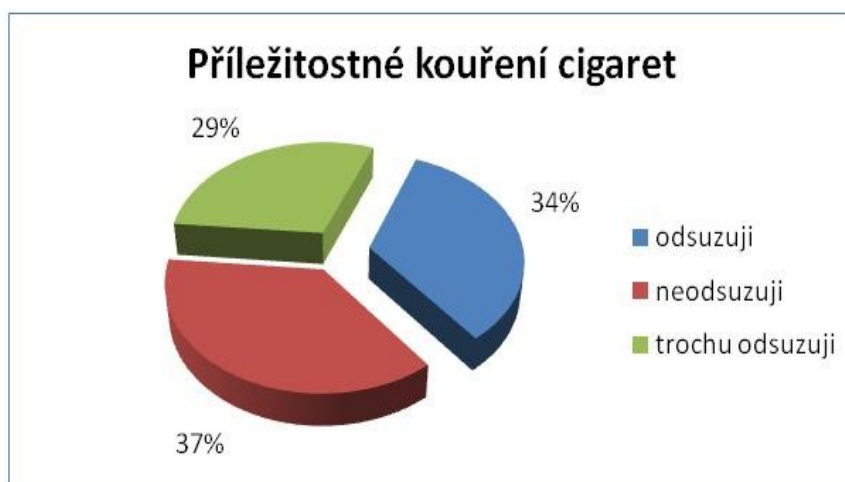
Obrázek 16. Kouří někdo z tvých rodičů

Z celkového počtu 92 respondentek (v otázce bylo možno zakřížkovat 2 odpovědi) 49% odpovědělo, že žádný z rodičů nekouří, 26% že kouří matka a 25% otec.

38% respondentek, které uvedlo, že nikdy neochutnalo cigaretu nebo marihuanu má nejméně jednoho rodiče kuřáka. Z rodin nekuřáků ochutnalo cigaretu nebo marihuanu 34% respondentek.

Z ankety tedy nevyplývalo, že kouření rodičů by mělo zásadní vliv na kouření respondentek.

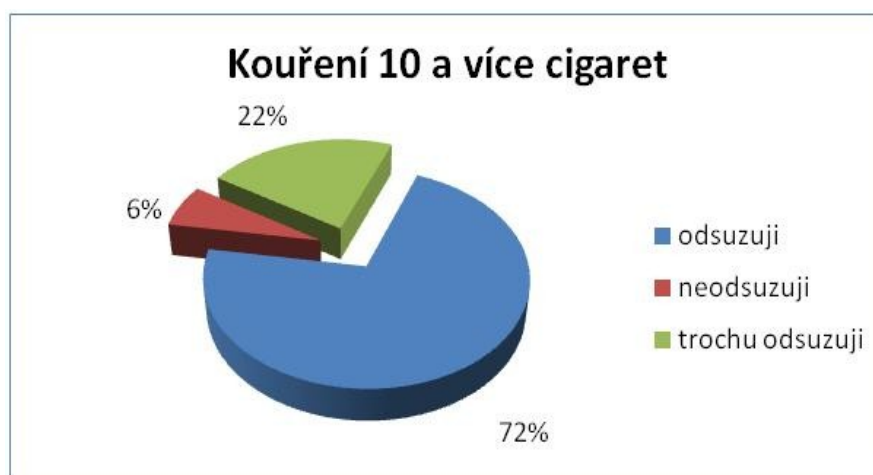
5.3 Vyhodnocení anketního šetření – okruh názory na užívání návykových látek



Obrázek 17. Příležitostné kouření cigaret

Z celkového počtu 92 respondentek 37% neodsuzuje příležitostné kouření cigaret, 34% příležitostné kouření cigaret odsuzuje a 29% odsuzuje příležitostné kouření jen trochu.

Pozitivní zjištění je, že dívky si uvědomují nebezpečí i u příležitostného kouření cigaret, více než polovina toto jednání odsuzuje nebo trochu odsuzuje.



Obrázek 18. Kouření 10 a více cigaret

Z celkového počtu 92 respondentek 72% odsuzuje kouření 10 a více cigaret, 22% trochu odsuzuje a 6% neodsuzuje kouření 10 a více cigaret.

Oproti předešlému grafu je zde již patrný vývoj v názoru dívek na kouření. 94% dívek pravidelné kouření odsuzuje nebo trochu odsuzuje, jen u 6% je názor na časté kouření pozitivní.



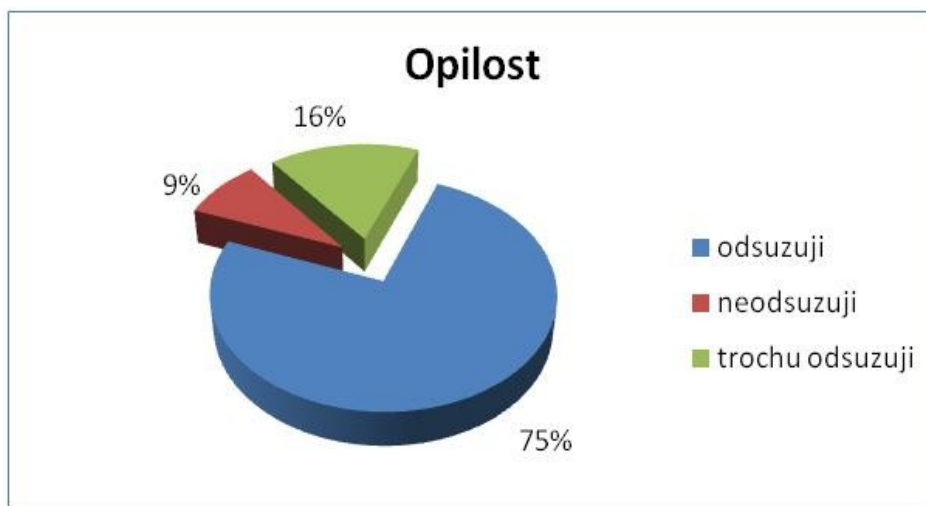
Obrázek 19. Vypití pár skleniček alkoholu za rok.

Z celkového počtu 92 respondentek 74% neodsuzuje vypití pár skleniček alkoholu za rok, 18% trochu odsuzuje a 8% odsuzuje vypití pár skleniček za rok.



Obrázek 20. Pití 1 nebo 2 skleniček za týden.

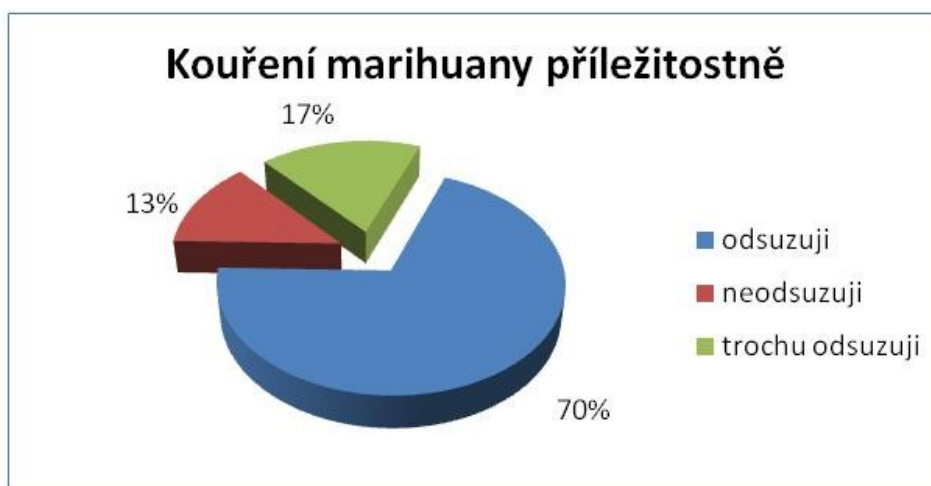
Z celkového počtu 92 respondentek 45% trochu odsuzuje pití jedné nebo dvou skleniček za týden, 39% vůbec neodsuzuje a 16% odsuzuje pití jedné nebo dvou skleniček za týden.



Obrázek 21. Opilost.

Z celkového počtu 92 respondentek 75% odsuzuje opilost, 16% opilost trochu odsuzuje a 9% opilost vůbec neodsuzuje.

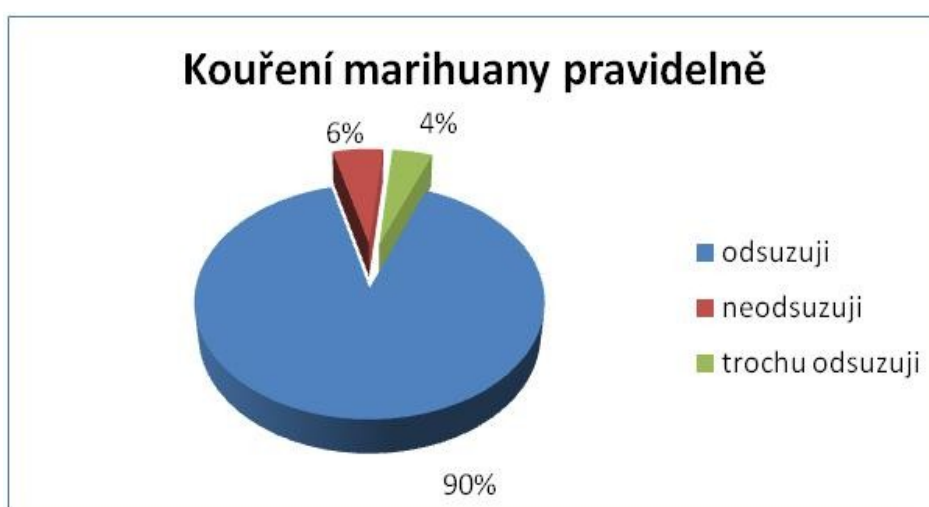
Četnost užívání alkoholu se projevuje i v postupném odmítavém postoji respondentek. Zatímco 92% respondentek neodsuzuje nebo trochu odsuzuje vypití několika skleniček alkoholu za rok, 84% dívek neodsuzuje nebo trochu odsuzuje pití jedné nebo dvou skleniček za týden a 25% dívek neodsuzuje nebo trochu odsuzuje opilost. Avšak i toto zjištění je alarmující vzhledem k tomu, že celá čtvrtina dívek toleruje opilost.



Obrázek 22. Kouření marihuany příležitostně.

Z celkového počtu 92 respondentek 70% odsuzuje příležitostné kouření marihuany, 17% to odsuzuje trochu a 13% kouření marihuany neodsuzuje vůbec.

15% dívek, které marihuanu nikdy nezkusily, uvedly, že příležitostné kouření marihuany neodsuzují nebo trochu odsuzují.



Obrázek 23. Kouření marihuany pravidelně.

Z celkového počtu 92 respondentek 90% odsuzuje pravidelné kouření marihuany, 6% to neodsuzuje vůbec a 4% trochu odsuzuje.

Svůj negativní postoj k pravidelnému kouření marihuany vyjádřilo 94% respondentek. Z tohoto údaje vyplývá, že negativní postoj k tomuto problému vyjádřily i některé dívky, které již zkušenost s marihuanou měly.

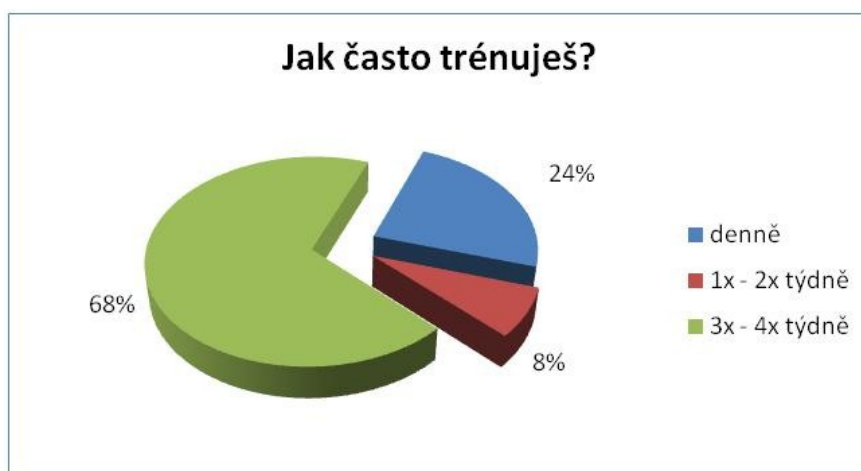
5.4 Vyhodnocení anketního šetření – okruh pohybová aktivita respondentek



Obrázek 24. Jak dlouho se věnuješ házené?

Z celkového počtu 92 respondentek 26% se věnuje házené 5 – 6 let, 25% více, jak 8 let, 23% 3 – 4 roky, 14% se házené věnuje 7 – 8 let a 12% 1 – 2 roky.

Z anketního šetření vyplynulo, že u více jak 90% dívek odpovídá délka hraní házené jejich věku. Což znamená, že začaly hrát házenou již od minižaček, popřípadě od mladších žaček. Zbýlých 10% začalo hrát házenou v pozdějším věku, který odpovídá věku starších žaček.



Obrázek 25. Jak často trénuješ?

Z celkového počtu 92 respondentek 68% se věnuje házené 3x – 4x za týden, 24% trénuje denně a 8% 1x – 2x týdně.

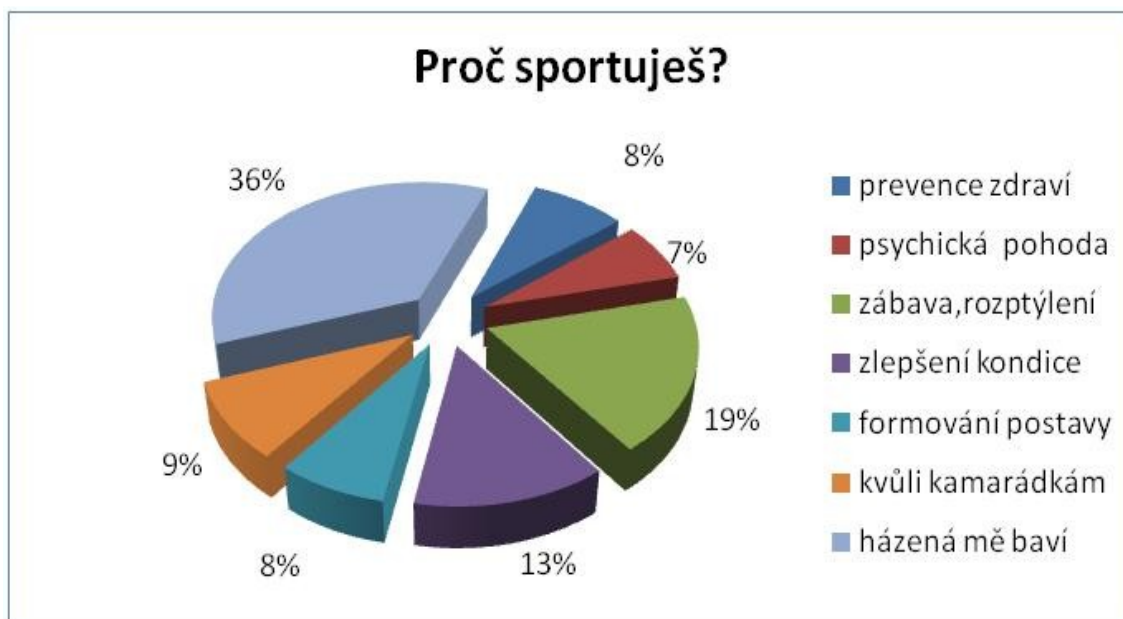
Četnost tréninku je u každého oddílu individuální. Záleží na materiálním a finančním zabezpečení oddílu a věkových kategoriích, které respektují vývojové stádia jednotlivce.



Obrázek 26. Co Tě odrazuje od pravidelného tréninku házené.

Z celkového počtu 92 respondentek (v otázce bylo možno zakřížkovat více odpovědí) 44% uvedlo, že pravidelně netrénují kvůli škole, 24% kvůli zdravotnímu stavu, 11% pro nedostatek volného času, 6% kvůli zranění, 6% kvůli rodině, 5% kvůli jiným okolnostem, 3% kvůli kamarádům a 1% kvůli brigádě.

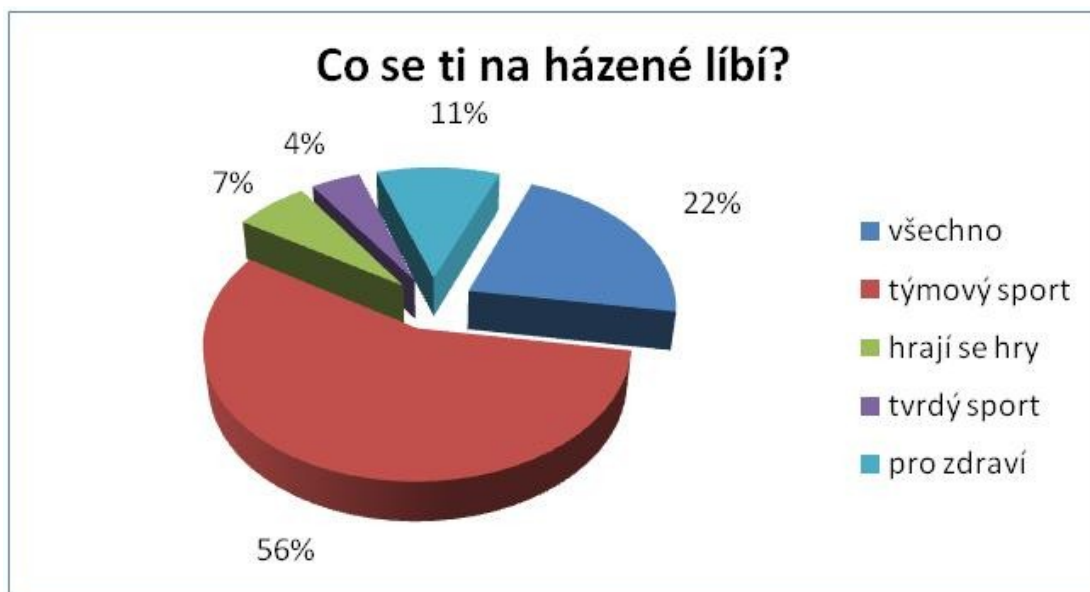
Nejčastější překážkou v tréninku jsou školní povinnosti dívek, druhým důvodem jsou zdravotní problémy. Zde vyvstává otázka, zda zdravotní problémy, které měly dívky na mysli, vyplývají ze hry házené (např. chirurgické a ortopedické záležitosti).



Obrázek 24. Proč sportuješ?

Z celkového počtu 92 respondentek (v otázce bylo možno zakřížkovat více odpovědí) 36% sportuje, protože je baví házená, 19% sportuje kvůli zábavě a rozptýlení, 13% sportuje pro zlepšení kondice, 9% kvůli kamarádkám, 8% sportuje, aby si zformovalo postavu a 7% kvůli psychické pohodě.

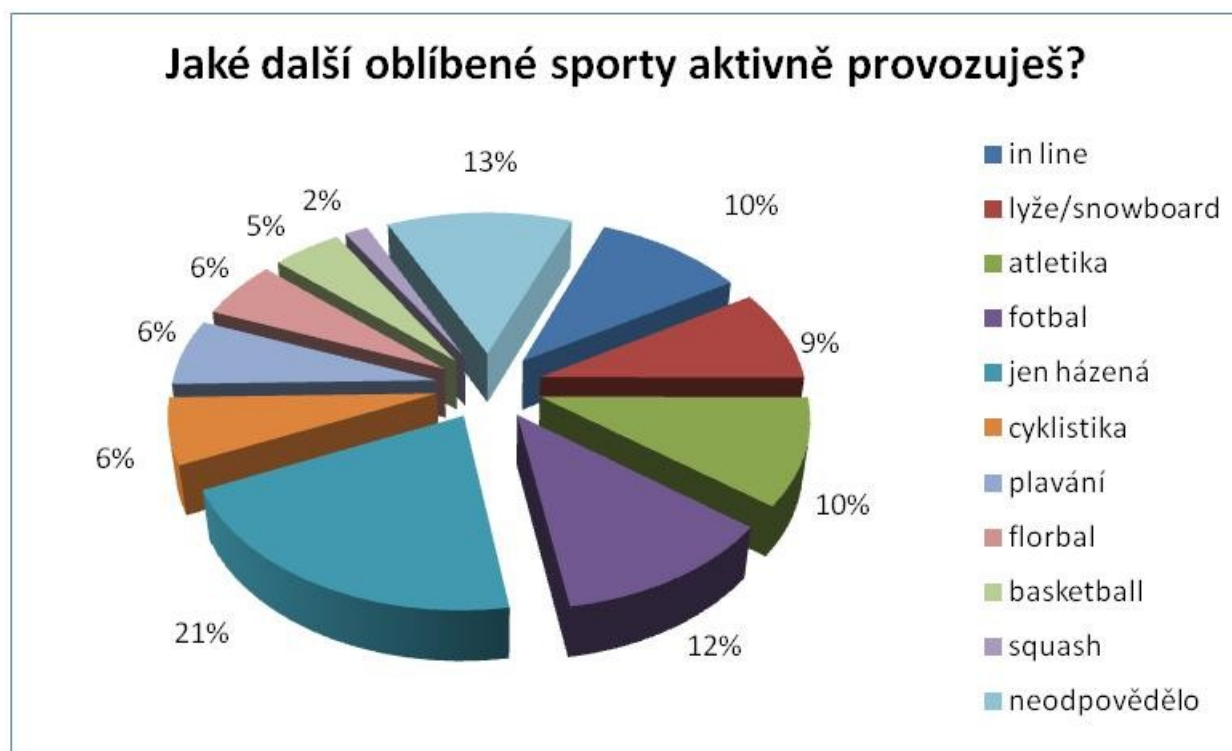
Z ankety vyplývá, že dívky si uvědomují vliv sportu na zdravý životní styl a kvalitního vyplnění svého volného času. I přesto, že házená je velmi tvrdým sportem 54% respondentek uvedlo, že je to pro ně zábava.



Obrázek 25. Co se Ti na házené líbí?

Z celkového počtu 92 respondentek (bylo možno více odpovědí) 56% hraje házenou proto, že je kolektivní hrou, 22% kvůli všemu, 11% hraje kvůli zdraví, 7% protože se hrají hry a 4% protože se jedná o tvrdou hru.

Více jak polovina dívek hraje házenou, protože se jedná o kolektivní sport s možností spolupráce s ostatními hráčkami. Děvčata mladší věkové kategorie preferují zálibu v hraní pohybových her v rámci tréninku.



Obrázek 26. Jaké další oblíbené sporty aktivně provozuješ?

Z celkového počtu 92 respondentek (objevovalo se více odpovědí) 13% na otázku vůbec neodpovědělo, 21% hraje pouze házenou, 12% se věnuje fotbalu, 10% se věnuje atletice, 10% jezdí na in line bruslích, 9% jezdí na lyžích nebo na snowboardu, cyklistice, plavání a florbalu se věnuje po 6% respondentek, 5% se věnuje basketbalu a 2% squashu.

Většina dívek provozuje ještě jiné sporty, 28% další kolektivní hry. Zbytek děvčat preferuje sezónní, individuální sporty.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjištění, jakou zkušenost s vybranými sociálně patologickými jevy mají dívky ve vytypovaných házenkářských oddílech od mladšího školního věku až po dorostenky. Z provedené ankety vyplynulo, že pouze 11% z dotazovaných nemá žádnou zkušenost s vybranými sociálně patologickými jevy. Ze zjištění tedy vyplývá, že tato problematika se nevyhýbá ani sportovním kolektivům

Z výsledku anketního šetření je patrné, že 80% dívek má odpovídající znalosti o pojmu šikana již od mladšího školního věku a umí tento pojem správně definovat. Zarážející skutečností zůstává, že uvedeným agresorem je i trenér. Rozdíl v projevené důvěře mezi matkou a otcem je markantní. Zatímco matce by nesvěřilo 48% dívek, tak otcí pouhé 2%. Vystavují zde další otázky k dořešení problému a to především, zda dívky jsou v bližším kontaktu s matkou, jedná se o úplné nebo neúplné rodiny, popř. zda otec je časově zaneprázdněn.

Nejranější zkušenost mají dívky s ochutnáním alkoholu. To odpovídá postoji naší společnosti k jeho konzumaci. Již delší dobu u nás se zvyšuje spotřeba alkoholických nápojů, především piva, které je obecně považováno za neškodný nápoj. Přestože je u nás věková hranice konzumace alkoholu stanovena na 18 let, z ankety vyplynulo, že 79% dívek má do tohoto období s alkoholem zkušenost. Je alarmující zjištění, jak v nízkém věku se dívky s alkoholem poprvé setkaly a vystavují další otázky k zodpovědnosti rodičů. Druhou nejzávažnější oblastí je kouření, kde 35% dívek uvedlo, že s touto návykovou látkou mají zkušenost. I zde se obecně snižuje hranice k prvnímu kontaktu s cigaretou. Velkou roli zde hraje zvědavost a touha ochutnat zakázanou látku. Přesto všechno však v závěru si uvědomují nebezpečí zneužívání návykových látek

21% dívek se ve svém volném čase věnuje pouze házené. Nejčastější překážkou v pravidelném tréninku jsou v 44% školní povinnosti a v 24% zdravotní stav. Zde by stálo za zjištění, jestli tyto dívky mají na mysli nemoci způsobené hrou házené. Velmi rády také provozují i jiné sporty. Dívky si zcela jasně uvědomují, že pravidelné sportování vede k psychické a fyzické pohodě, prevenci zdraví, zlepšení kondice, relaxaci aj.

V práci byly stanovené následující výzkumné otázky.

1. Setkalo se s šikanou více jak 30% respondentek?

Ano, z anketního šetření bylo zjištěno, že se šikanou se setkala 33% dívek.

2. Vyzkoušelo více jak 35% respondentek cigaretu před 15. rokem?

Ne, anketním šetřením bylo zjištěno, že 30% dívek před 15. rokem má zkušenost s užitím této látky.

3. Vyzkoušelo více jak 45% návykovou látku mimo alkohol před 18. rokem?

Ne, bylo zjištěno, že návykovou látku mimo alkohol před 18. rokem vyzkoušelo 41% dotazovaných.

4. Vyzkoušelo více jak 35% respondentek alkohol před 18. rokem?

Ano, z anketního šetření vyplynulo, že s touto návykovou látkou má zkušenost před 18. rokem 79% dívek.

8 SOUHRN

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je výskyt vybraných sociálně patologických jevů mezi sportovci, především mezi házenkářkami.

Díličními cíly práce bylo zjistit, obecný názor a informovanost o šikaně; zjistit zkušenosti s návykovými látkami; zjistit základní informace o pohybové aktivitě ve volném čase.

V bakalářské práci byly položeny také výzkumné otázky. Setkalo se s šikanou více jak 30% respondentek; vyzkoušelo více jak 35% respondentek cigaretu před 15 rokem; vyzkoušelo více jak 45% návykovou látku mimo alkohol před 18 rokem; vyzkoušelo více jak 35% respondentek alkohol před 18 rokem.

Teoretická část se zabývá nejen teorií, ale i výčtem vybraných sociálně patologických jevů, seznámení s jejich riziky a možnostmi prevence. Cílem teoretické části bakalářské práce bylo seznámit ostatní čtenáře s výše uvedenou problematikou při volnočasových aktivitách, týkající se dětí a mládeže.

Ve výzkumném souboru bylo osloveno celkem 92 hráček. Hráčky byly z Otrokovic, Olomouce, Zlína a Veselí nad Moravou, které byly ve věku od mladších žaček (9 – 10 let) až po starší dorostenky (18 – 19 let). Průměrná váha dívek byla 54, 8 kg, průměrná výška 163 cm a BMI 20,5. V závěru práce byly zhodnoceny stanovené cíle a uvedeny další navozující otázky.

V práci byla použita anketa, která se skládala ze 17ti otázek, které byly rozděleny do pěti částí. První se týkala osobní anamnézy respondentů, druhá se týkala šikany, třetí část se dotazovala na informace, týkající užívání návykových látek (kouření a alkoholu), čtvrtá část se týkala názorů na užívání návykových látek a poslední část se zabývala specifickou pohybovou aktivitou probandů.

9 SUMMARY

The aim of this thesis was to determine, what is the occurrence of the selected socio-pathological phenomena among sportspeople, mainly among female handball players.

Partial aims of this thesis were to determine general opinion and awareness of bullying, learning about experience with addictive substances, finding out basic information about free time sport activities.

Research questions were also used in this thesis. More than 30 percent of respondents had experience with bullying, more than 35 percent of respondents tried a cigarette before their 15th birthday, more than 45 percent of respondents tried an addictive substance different from alcohol before their 18th birthday, more than 35 percent of respondents tried alcohol before their 18th birthday.

The theoretical part deals not only with the theory of the origin, but also with a list of selected pathological phenomena, familiarization with their risks and possibilities of prevention. The aim of the theoretical part of the thesis was to familiarize other readers with the above mentioned topic during free time activities of children and youth.

The research group consisted of 92 female players. These players were from Olomouc, Zlín and Veselí nad Moravou, in the age-groups from young school girls (9 – 10 years old) to older junior players (18 – 19 years old). Average weight of these girls was 54,8 kg, average height 163 cm, and BMI 20,5. In the summary of the thesis the set aims were evaluated and further follow-up questions were mentioned.

A questionnaire consisting of 17 questions was used in the thesis. Questions were divided into 5 parts. The first part was the personal anamnesis of respondents, the second part dealt with bullying, the third part enquired about the use of addictive substances, the fourth part dealt with the opinions on the use of addictive substances and the last part dealt with specific sport activities of probands.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Anonymous. (2011). Retrieved 22. 3. 2012 from the World Wide Web: <http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps10/fyziol/web/sport/hry-hazena.html>
- Bělka, J & Formánková, S. (2010). *Návykové látky a pohybová aktivita v životě zdravotních sester*. Zborník vědeckých prací Ošetrovatel'stvo – pohyb – zdravie (8 – 19). Trenčín: Trenčianská univerzita A. Dubčeka v Trenčíně.
- Budinská, M. (2012). *Šikana ve školním prostředí*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie*. Praha: Grada.
- Elliottová, M. (1995). *Jak ochránit své dítě*. Praha: Portál.
- Ganeri, A. (2001). *Od extáze k agónii*. Praha: Amulet.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM. (2007). *Drogy, otázky a odpovědi*. Praha: Portál.
- Koukolík, F. & Drtilová, J. (2006). *Vzpoura deprivantů*. Praha: Galen.
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení (č.j.: 28 275/2000-22, čl. 1). Retrieved 22. 3. 2012 from the World Wide Web: http://www.sikana.org/clanky_soubory/metodpokyn.html
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. & Csémy, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha:
- Pecinová, O. et al. (1996). *Závislost známá neznámá*. Grada Publishing, spol. s.r.o.
- Říčan, P. (1995). *Agresivita a šikana mezi dětmi*. Praha: Portál.
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti obor v pohybu*. Praha: Grada.
- Táborský, F. & Jančálek, S. (1973). *Házená*. Praha: Olympia.
- Tůma, M. & Tkadlec, J. (2002). *Házená*. Praha: Olympia.
- Vaníčková, E. (2009). *Interpersonální násilí na dětech*. Praha: Úřad vlády v rámci vládní kampaně Stop násilí na dětech.
- Vevera, J. et. al. (2002). *Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění*. Psychiatrie pro praxi.
- Zapletal, J. (2002). *Kriminologie*. Praha: Policejní akademie ČR.

13 PŘÍLOHY

13. 1 Anketa

Anketa – životní styl dětí

Vážené házenkářky,

studuji Fakultu tělesné kultury v Olomouci a dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění ankety. Tato anketa je zcela **anonymní** a bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce na téma Sociálně patologické jevy mládeže v házenkářských oddílech. Věnujte mi prosím pár minut času, popřemýšlejte a odpovězte pravdivě na každou otázku.

Děkuji za spolupráci

Veronika Seitlová

Jak vyplňovat dotazník: správné odpovědi zakřížkujte nebo doplňte. Pokud nebude blíže určeno jinak, zakřížkujte pouze 1 možnost.

Nepodepisujte se !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Hmotnost:

Výška:

Věk: ☐ 10 a méně ☐ 11 – 12 ☐ 13 – 14 ☐ 15 – 16 ☐ 17 a více

1. Zakroužkuj, se kterými druhy šikany ses již setkala ve Vašem družstvu

- ☐ internetová
- ☐ psychická
- ☐ fyzická

2. Co si představuješ pod pojmem šikana?

.....

.....

.....

3. Kdyby jsi byla šikanována, komu by jsi se svěřila?

- ☐ kamarádka/kamarád ☐ máma ☐ táta ☐ sourozenec
- ☐ někomu jinému

4. Byla jsi někdy šikanována?

Pokud ano kým?

- ☐ nebyla ☐ byla ☐ spoluhráčkou
☐ trenérem
☐ někým jiným

5. Vyzkoušela jsi již někdy níže uvedenou látku za účelem změny pocitu blaha? Pokud ano, v kolika letech. (Můžeš zakřížkovat více odpovědí)

- ☐Cigaretu ☐ Léky na uklidnění ☐Marihuanu
☐ Vdechování látek a jejich výpary (toluen, rozpouštědla) ☐Extáze
☐Halucinogenní houby ☐ LSD ☐Kokain
☐ Heroin ☐Jiná droga

6. Pokud jsi užila drogu, tak z jakého důvodu. Pokud ne, tak otázku vynech.

.....

.....

7. Pokud užíváš nějakou z výše uvedených drog, tak jak často

- ☐ každý den ☐ 3x – 5x za týden ☐ 1x – 2x za týden ☐ 1x za měsíc
☐ 4x za rok ☐ příležitostně ☐ neužívám

8. V kolika letech jsi poprvé vyzkoušela?

Pivo Víno
 Tvrdý alkohol Nevyzkoušela

9. Jak často konzumuješ alkohol?

- ☐ každý den ☐ 3x – 5x za týden ☐ 1x – 2x za týden ☐ 2x za měsíc
☐ 4x za rok ☐ příležitostně ☐ neužívám

10. Kouří někdo z Tvých rodičů?

- ☐ matka ☐ otec ☐ žádný

11. Jak odsuzuješ nebo schvaluješ: neodsuzuji trochu odsuzuji odsuzuji

- Příležitostné kouření cigaret ☐ ☐ ☐
 Kouření 10 a více cigaret ☐ ☐ ☐

Vypítí pár skleniček alkoholu za rok	☐	☐	☐
Pití 1 nebo 2 skleniček za týden	☐	☐	☐
Opilost	☐	☐	☐
Kouření marihuany příležitostně	☐	☐	☐
Kouření marihuany pravidelně	☐	☐	☐

12. Jak dlouho se věnuješ házené?

☐ 1 - 2 roky ☐ 3 - 4 roky ☐ 5 – 6 let ☐ 7 – 8 let ☐ více let

13 Jak často trénuješ?

☐ denně ☐ 1 – 2x týdně ☐ 3 – 4x týdně ☐ jak mám čas a chuť

14. Co Tě odrazuje od pravidelného tréninku házené?

☐ rodina ☐ škola ☐ zdravotní stav ☐ možnost zranění
☐ kamarádi/kamarádky ☐ nedostatek volného času ☐ brigáda
☐ jiné

15. Proč sportuješ?

☐ prevence zdraví ☐ psychická pohoda ☐ relaxace, zábava, rozptýlení
☐ zlepšení kondice ☐ formování postavy ☐ kvůli kamarádkám
☐ házená mě baví ☐ jiné

16. Co se Ti na házené líbí?

.....

17. Jaké další oblíbené sporty aktivně provozuješ?

.....

Děkuji Ti za strávený čas nad mým dotazníkem