

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Petra Špačková

Závislost na alkoholu a nikotinu – informovanost
dětí na 1. stupni ZŠ

Olomouc 2016

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen odbornou literaturu, která je uvedena v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne

.....
Petra Špačková

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Kamile Holáskové, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, za podnětné rady a připomínky, které mi poskytovala, a za její podporu a vstřícnost. Dále bych chtěla poděkovat všem žákům, zástupkyním ředitele a učitelkám za jejich ochotu a spolupráci při samotné realizaci výzkumného šetření na jednotlivých školách.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 6 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 7 |
| 1 Úvodní terminologie | 7 |
| 1.1 Droga | 7 |
| 1.1.1 Klasifikace drog | 8 |
| 1.1.2 Příznaky užívání návykových látek u dětí a dospívajících | 10 |
| 1.1.3 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících..... | 12 |
| 1.2 Závislost..... | 13 |
| 1.2.1 Závislost a rodina | 14 |
| 1.2.2 Faktory vyvolávající závislost | 15 |
| 1.3 Úzus, abúzus, misúzus | 17 |
| 1.4 Prevence..... | 17 |
| 1.4.1 Zvláštnosti prevence v různých věkových skupinách..... | 19 |
| 2 Alkohol | 21 |
| 2.1 Vznik a rozvoj závislosti | 22 |
| 2.2 Alkohol a lidský organismus | 26 |
| 2.3 Alkohol a děti | 29 |
| 2.4 Prevence..... | 31 |
| 3 Nikotin | 33 |
| 3.1 Pasivní kouření | 35 |
| 3.2 Vznik a rozvoj závislosti | 35 |
| 3.3 Vliv na lidský organismus | 37 |
| 3.4 Nikotin a děti | 39 |
| 3.5 Prevence..... | 40 |
| 4 Charakteristika žáka mladšího školního věku | 42 |
| 4.1 Tělesný vývoj a rozvoj motoriky | 42 |
| 4.2 Vývoj poznávacích procesů | 43 |
| 4.2.1 Vnímání..... | 43 |
| 4.2.2 Představivost | 44 |
| 4.2.3 Paměť | 44 |
| 4.2.4 Pozornost..... | 45 |
| 4.2.5 Myšlení..... | 45 |
| 4.2.6 Řeč | 46 |
| 4.3 Emocionální a sociální vývoj..... | 46 |

| | |
|---|-----------|
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 48 |
| 5 Výzkumné šetření | 48 |
| 5.1 Cíl výzkumného šetření | 48 |
| 5.2 Popis metody výzkumného šetření | 49 |
| 5.3 Průběh výzkumného šetření | 50 |
| 5.4 Charakteristika výzkumného souboru | 50 |
| 5.5 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku..... | 52 |
| 6 Diskuse | 78 |
| Závěr | 85 |
| Seznam literatury | 86 |
| Seznam tabulek | 90 |
| Seznam grafů | 91 |
| Anotace | 92 |
| Přílohy | 94 |

Úvod

Drogy a problémy s nimi spojené jsou všude kolem nás. Obzvláště s drogami legálními, jako je alkohol a nikotin, se můžeme setkat doslova na každém kroku. Jejich zneužívání už bohužel není výsadou pouze dospělých. Stále častěji najdeme dospívajícího nebo dokonce dítě s alkoholovou či tabákovou závislostí. Na vině nejsou pouze ziskuchtiví obchodníci, kteří alkohol a cigarety nezletilým prodávají, ale celá naše společnost, neboť tyto drogy ve velké míře toleruje a podceňuje, přestože způsobují podstatně více předčasných úmrtí nežli drogy nelegální.

První ochutnávky alkoholu a nikotinu zaznamenáváme u stále většího počtu nezletilých a ve stále nižším věku. Rovněž informovanost mladistvých v této problematice je poněkud nedostačující. Právě tyto skutečnosti nás inspirovaly k sepsání závěrečné práce.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V samotném úvodu teoretické části objasňujeme základní termíny týkající se problematiky drog. Následující dvě kapitoly jsou věnovány alkoholu a nikotinu. Popisujeme v nich vznik a rozvoj závislosti na těchto návykových látkách, jejich účinky na lidský organismus a samostatnou podkapitolu věnujeme rizikům, která souvisí s užíváním alkoholu a nikotinu mladistvými. Rovněž jsme se pokusili nastínit preventivní opatření vedoucí k zvyšování informovanosti žáků o těchto legálních drogách a k minimalizaci jejich konzumace. V poslední kapitole uvádíme charakteristiku žáka mladšího školního věku, neboť na tuto věkovou kategorii bylo zaměřeno naše výzkumné šetření.

V praktické části popisujeme námi realizovaný výzkum, jehož cílem bylo zmapovat informovanost žáků o alkoholu a nikotinu, a zachytit jejich případné zkušenosti s těmito návykovými látkami.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvodní terminologie

1.1 Droga

Světová zdravotnická organizace (1969) uvádí, že droga je „*jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“ (Kachlík, 2011, s. 13). Jinou definici zmiňuje Šedivý s Válkovou (1988), podle nich je droga sušená či jinak konzervovaná látka rostlinného nebo živočišného původu sloužící k léčení. Urban (1973, in Nožina, 1997) vidí původ slova v nizozemském výrazu *droog*, což znamená „suchý“.

Presl (1995, s. 9) nahlíží na drogu jako na „*každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky*“:

1. má tzv. psychotropní účinek, tedy ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – působí tedy na psychiku,
2. může vyvolat závislost, neboť má „potenciál závislosti“.

Droga je podle Nožiny (1997) nadřazený pojem, pod který spadají nejrůznější léky a látky (včetně alkoholu) užívané ke změnám nálady, vědomí či povzbuzení nebo utlumení psychosomatických funkcí. Autor zároveň upozorňuje na posun v chápání tohoto pojmu, protože v dnešní době se používá zejména pro označení látek zákonem netolerovaných, tedy tzv. nelegálních.

Od roku 1971 se drogy začaly v odborné terminologii označovat názvem **omamné a psychotropní látky – OPL** (Machová, Kubátová, 2015).

Pojem „droga“ může být v češtině používán i v přeneseném slova smyslu pro označení činností, které vyvolávají určitou formu závislosti, např. gambling – hra jako droga, workoholismus – práce jako droga. Tyto aktivity však mají bezesporu podobná rizika i mechanismus působení jako užívání návykových látek (Machová, Kubátová, 2015).

Nešpor se zmiňuje o tzv. „**průchozích drogách**“. Pod tímto pojmem má na mysli označení návykové látky, která se stává předstupněm ke konzumaci jiné, ještě rizikovější drogy. Nejčastěji se jedná o marihuanu, ovšem v České republice řadíme k těmto typům drog

také alkohol a tabák. Csémy v roce 1999 ve svém výzkumu dospěl k závěru, že zkušenosti českých nezletilců s alkoholem, tabákem a marihuanou jsou opravdu předstupněm k zneužívání tzv. tvrdých drog (Nešpor, 2011).

1.1.1 Klasifikace drog

Drogy můžeme třídit na základě nejrůznějších hledisek, a to podle postoje společnosti, podle míry rizika vzniku závislosti, dle účinků na psychiku, dle chemického složení či podle původu. Nejčastěji se setkáme s rozdělením drog podle prvních tří zmíněných kritérií:

Klasifikace dle postoje společnosti k droze

Následující dělení souvisí s tolerancí drog v naší společnosti. Z tohoto pohledu rozlišujeme drogy legální a nelegální.

Legální drogy nás běžné obklopují, jsou dostupné v každém obchodě, lékárně a společnost je toleruje. Na legální drogy může vzniknout stejná závislost jako na drogy nelegální. Do skupiny tolerovaných drog patří především všechny druhy alkoholu (pivo, víno, destiláty), ale také káva, čaj, tabák a nejrůznější léky. Nožina (1997, s. 9) dodává, že „v jejich „legalizaci“ sehrál významnou úlohu kulturní a společenský úzus, historický vývoj, během něhož se tyto drogy staly tolerovanou součástí našeho životního stylu, naší tradice“. Legální návykové látky můžeme od určitého věkového limitu (v ČR od 18 let) koupit v obchodních sítích a konzumovat v souladu s danými společenskými konvencemi (Kachlík, 2011).

Zákonem zapovězené drogy označujeme jako **nelegální**. Jejich výroba a distribuce je zakázána (Nožina, 1997). Do této skupiny zahrnujeme marihuanu, hašiš, heroin, pervitin, opium apod.

Klasifikace dle míry rizika vzniku závislosti

Obecně je známo, že užívání různých druhů drog je spojeno s odlišnou mírou rizika. Jedním z hlavních nebezpečí je možná ztráta kontroly nad zpočátku příležitostnou konzumací a postupný rozvoj závislosti. Právě z tohoto hlediska se v běžné praxi používá poněkud nepřesné rozdělení drog na „měkké“ a „tvrdé“, případně „lehké“ a „těžké“ (Presl, 1995).

Měkké (lehké) drogy jsou charakteristické tím, že je lze užívat v přijatelných intervalech a v přijatelném množství, aniž by došlo v neúnosné míře ke vzniku závislosti nebo jiným negativním důsledkům. K zástupcům této skupiny patří káva, všechny druhy tabákových výrobků, konopné produkty a jedna z nejrozšířenějších drog – alkohol. Ten ovšem v této klasifikaci stojí na rozhraní oné „lehkosti“ a „tvrdosti“, protože jeho negativní

účinek způsobený nadměrnou konzumací je na lidském organismu obzvláště patrný. Také nikotin se svými riziky a typem závislosti přibližuje heroinu, tedy k „tvrdé“ droze (Presl, 1995; Kachlík, 2011).

U **tvrdých (těžkých) drog** je riziko vzniku závislosti velmi vysoké. Typickými zástupci jsou heroin, kokain, pervitin apod.

| MÍRA RIZIKA | „TVRDOST“ | ZÁSTUPCI |
|----------------------|-----------|--|
| vysoká | tvrdé | Toluen Morfin Durman Crack LSD |
| vysoká až střední | tvrdé | Lysohlávky Kokain Pervitin |
| střední | tvrdé | Alkohol Ecstasy Efedrin Kodein |
| relativně malá | měkké | Marihuana Hašiš Kokový čaj |
| prakticky bez rizika | měkké | Káva Čaj |

Tabulka 1 - míra rizikovosti některých návykových látek (zdroj: Minařík, 2009)

Klasifikace drog dle účinku na psychiku

Každá látka má určitý vliv na lidskou psychiku. Tato klasifikace zohledňuje nejcharakterističtější účinek dané látky užívané v obvyklých dávkách.

TLUMIVÉ LÁTKY (narkotické)

Způsobují útlum somatické i psychické aktivity. Vyznačují se uklidňujícími vlastnostmi, mohou navodit spánek či dokonce hluboké bezvědomí (narkóza). Při požití velmi vysoké dávky může nastat poškození mozkových center se smrtelnými následky. Tlumivé látky způsobují fyzickou a ve většině případů také somatickou závislost. Mezi zástupce této skupiny řadíme opiáty, hypnotika, sedativa, léky zmírňující strach a úzkost, organická rozpouštědla a alkohol (Minařík, 2009; Nožina, 1997).

STIMULAČNÍ LÁTKY (psychostimulancia)

Vyvolávají duševní i tělesné povzbuzení, oddalují potřebu jídla, spánku, zvyšují napětí svalů, zabraňují vzniku únavy. Ztráta chuti k jídlu společně s velkým výdejem energie způsobí hubnutí, naopak při vysazení stimulačních drog začne rapidně klesat aktivita jedince a

přibývání na váze je zjevné. Subjekt je na nich závislý pouze psychicky. Pokud jsou psychostimulancia užívána po menších či středně silných dávkách, vyvolávají pocity síly, energie a motorický neklid s nadměrnou hovorností. Po dlouhodobé konzumaci nebo při vyšších dávkách vzniká toxická psychóza, kvůli které nemocný ztrácí kontakt s realitou a může být nebezpečný sobě i ostatním. K stimulačním látkám řadíme kokain, crack, pervitin, amfetamin a extázi (Minařík, 2009; Nožina, 1997). Marádová (2004) zařazuje do této skupiny také nikotin a kofein.

HALUCINOGENY (psychadelika)

Mají silné psychoaktivní účinky, změna vnímání reality je u této skupiny nejvýraznější. Mohou navodit jak euforický, tak těžce depresivní stav. Vnímání vzdálenosti, směru a času je narušeno, uživatel doslova „vidí zvuky a slyší barvy“. Pod vlivem halucinogenů dochází k deziluzi, halucinacím a častým pocitům ohrožení či pronásledování. Po odeznění účinků drogy se stav nemusí vrátit k normě, uživatelova osobnost se postupně rozkládá. Závislost nevzniká. Do této skupiny zařazujeme kanabis a jeho deriváty (marihuana, hašiš), LSD, lysohlávky (Minařík, 2009; Nožina, 1997).

1.1.2 Příznaky užívání návykových látek u dětí a dospívajících

Rodiče by měli vždy myslet na to, že jejich potomek chce před nimi ve většině případů užívání návykových látek maskovat. V tomto směru bývají děti natolik úspěšné, že ani nejbližší okolí onen drogový problém nepozná. Hajný (2001) uvádí následující přehled varovných znamení, které, v případě, že se vyskytují společně nebo opakovaně, mohou signalizovat užívání návykových látek:

1. Náhlá změna nálad, netypické reakce na určité situace

Některé dítě se začne stranit od ostatních, jiné se stává středem společnosti. Rovněž některé dítě může být hodné a jiné naopak hádavé. Každopádně zvýšená podrážděnost nebo nápadný klid či pasivita mohou být příznakem konzumace návykových látek.

2. Zhoršování ve škole

Děti častěji chybí ve škole, zhoršují se jim známky, neplní úkoly. I při těch nejmenších překážkách se snadno vzdávají. Mohou ztratit zájem o dosavadní koníčky – přestanou navštěvovat oblíbený kroužek, sportovní oddíl apod.

3. Změna přátel a známých

Pokud děti výrazně obmění své nejbližší přátele, vždy je to signál určité změny. Zvláště když se stávají novými kamarády starší jedinci či lidé, které dítě nechce doma představit.

4. Výrazná změna v oblékání a stylu hudby

Ačkoliv jsou v dospívání prudké změny typické, rodiče by je neměli v žádném případě podceňovat. Vždy se v tomto období vyplatí s dítětem více komunikovat a všimnout si ho.

5. Skrývání a zakrývání

Černé brýle mohou posloužit při skrývání zarudlých očí po kouření marihuany nebo zúžených zornic po heroínu. Plandavé oblečení s dlouhými rukávy, nohavicemi ukryje vpichy od jehly a úbytek na váze. Rovněž přehnané skrývání a zamykání se v pokoji může naznačovat více než pouhou potřebu soukromí.

6. Častá vyčerpanost, únava a spavost

Jsou dílčí projevy užívání návykové látky. Tělesnou pasivitu může u uživatelů prolomit až hledání dealera nebo shánění financí ke koupi drogy.

7. Lži a předstírání

Děti se snaží svůj nový životní styl maskovat, a proto si vymýšlí nejrůznější lži, kterými vysvětlují utrácení peněz, nepřítomnost ve škole, svou denní náplň apod.

8. Překvapivě rychle nastupující sexuální aktivita

Zvláště u dětí introvertních a ostýchavých je tento zvrát nápadným ukazatelem. Droga zde slouží jako prostředek, který uživatele povzbudí a zároveň potlačí jeho rozpaky.

9. Izolace od rodiny

Dospívající jedinec potřebuje být sám, vytváří si tak hranici mezi sebou a ostatními členy rodiny. Pokud je však odpoutání dlouhodobější, může naznačovat koncentraci zájmu jiným směrem, do odlišného světa, třeba i světa drog.

10. Snížené sebevědomí

Pokud si dítě ve škole nebo dokonce i v rodině připadá podřadné, neustále kritizované, neúspěšné či odmítané, zvyšuje se riziko experimentu s drogou.

11. Chybějící léky či alkohol v domácnosti

Pro mladistvé jsou léky či alkoholické nápoje jednou z nejnáze dostupných drog. V případě, že rodič doma tyto ztráty vyzoruje, neměl by na nic čekat a ihned jednat.

12. Ztrácející se věci a peníze

Obzvláště děti z bohatších a větších rodin mohou svým nejbližším krást cenné předměty, věci nebo rovnou peníze. Jde o poměrně nenáročný způsob, jak získat finanční obnos, který může a nemusí posloužit ke koupi drog. V každém případě si takové chování zaslouží rodičovu zvýšenou pozornost.

1.1.3 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

Rozdílnosti v účinku návykových látek u dětí a dospívajících uvádí Nešpor (2011) v knize „Návykové chování a závislost“ následovně:

- Vznik závislosti na návykových látkách je u nezletilých podstatně rychlejší. U dospělého člověka bývá závislost vyvolána zpravidla po několika letech, zatímco u mládeže již po několika měsících.
- V důsledku nižší tolerance k návykovým látkám, menším zkušenostem a tendencím k riskování jsou mladiství vystaveni vyššímu riziku těžkých otrav. Mezi nejčastější příčiny smrti, většinou pod vlivem alkoholu, řadíme úrazy, otravy a další násilné smrtelné příčiny.
- „Pouhé“ experimenty s návykovými látkami mohou vyvolat větší problémy v nejrůznějších oblastech života (rodina, škola, trestná činnost aj.).
- U mladistvých konzumentů návykových látek bývá viditelné zaostávání v oblasti psychosociálního vývoje - zejména ve vzdělávání, citovém vyžívání, sociálních dovednostech či sebekontrolé.
- Pod vlivem drog hrozí vyšší riziko nebezpečného chování.
- U mladistvých jsou větší sklony ke konzumaci rozsáhlejšího spektra drog a přecházení mezi jednotlivými návykovými látkami, čímž také narůstá riziko otrav a jiných komplikací.
- V době dospívání probíhá tvorba sítí mozkových buněk a právě alkohol či jiné návykové látky tento proces negativně ovlivňují.
- U dětí a dospívajících jsou častější recidivy závislosti.

1.2 Závislost

Závislost na návykových látkách je nebezpečná a škodlivá jednak pro člověka, který návykové látky užívá, pro jeho rodinu, přátele, spolupracovníky, ale také pro celou společnost, neboť člověk pod vlivem drog zapříčiní mnohem více dopravních nehod, úrazů na pracovišti apod. (Marádová, 2004).

Z lékařského hlediska závislost představuje takový stav, kdy nedostatek drogy či jiného podnětu způsobí v organismu jedince fyzické nebo psychické potíže. Vzniká opakovaným nebo chronickým užíváním látky, ale i činností, která vyvolává nadměrné uspokojení (Göhlert, Kühn, 2001).

Mezinárodní klasifikace nemocí mluví o takzvaném **syndromu závislosti**. Jedná se o skupinu „*fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák*“ (Nešpor, 2011, s. 9). Diagnóza syndromu závislosti se stanoví tehdy, jestliže během jednoho roku došlo k výskytu tří nebo více následujících kritérií:

- „*Silná touha nebo silné puzení opatřit si psychoaktivní látku.*
- *Problémy se sebekontrolou a sebeovládáním v souvislosti s užíváním psychoaktivní látky (začátek užívání, množství, trvání).*
- *Výskyt fyziologických symptomů při omezení nebo zastavení přísunu psychoaktivní látky, tj. výskyt odvykacího syndromu, patofyziologické projevy odvykacího stavu.*
- *Průkazná tolerance spočívající v tom, že k navození stejných účinků je třeba používat stále se zvyšující množství psychoaktivní látky.*
- *Progresivní zanedbávání jiných zájmů a činností nesouvisejících se zneužíváním psychoaktivních látek; vzrůstající množství času nezbytné k získávání a abúzu psychoaktivních látek a zotavení se z jejich účinků, látka zaujímá přední místo v hierarchii zájmů a hodnot jedince.*
- *Přetrvávající užívání psychoaktivní látky navzdory jasným důkazům o zjevné škodlivosti takového užívání a jeho důsledkům v oblasti zdravotní (poškození jater), psychické (depresivní stavy, zhoršení kognitivních funkcí atd.) a sociální (rodina, práce, okolí), kterých si je jedinec vědom“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 94).*

Podle této klasifikace představuje syndrom závislosti chronické onemocnění centrální nervové soustavy. Závislosti dle MKN-10 spadají do kategorie „**Duševní poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek**“ a označují se podle jednotlivých skupin látek kódem **F 10 – F 19** (Machová, Kubátová, 2015).

Dlouhodobá konzumace některé drogy může vyvolat buď psychické nebo somatické projevy závislosti. Případně mohou vzniknout oba typy současně. **Psychická závislost** (duševní) představuje takový stav psychiky, při němž je jedinec nucen k opakované nebo neustálé konzumaci drogy, která u něj navozuje příjemné pocity. Při **závislosti somatické** (fyzické), jež se vyvíjí většinou po dlouhodobějším a častějším abúzu drog, se konzumentův organismus adaptoval na užívanou látku. Ta se stává potřebnou součástí metabolismu uživatele a v případě přerušení přísunu nemohou metabolické procesy normálně fungovat – jsou vyvolány abstinenční příznaky. Zajímavostí je, že například velmi nebezpečný kokain somatickou závislost nevyvolává. (Janík, Dušek, 1990; Nešpor, Provazníková, 1999).

Abstinenční (odvykací) příznaky se dostavují, když jedinec přestane drogu užívat. Je jich celá řada, např. nechutenství, nevolnost, zvracení, pocení, svalový třes, křeče, poruchy srdeční činnosti, zácpa, průjem, touha po droze (craving), stavy zuřivosti, apatie, halucinace apod. U každé drogy se vyskytuje typický soubor výše zmíněných příznaků, který nazýváme **abstinenční syndrom** nebo také **syndrom z odnětí drogy** (Machová, Kubátová, 2015).

Závislost vzniklá důsledkem jiné psychické poruchy je považována za **závislost sekundární**. Např. člověk trpící vážnými depresemi „řeší“ své problémy alkoholem. Rozvíjí se u něj sekundární závislost – alkoholismus. V této situaci je třeba podstoupit léčbu závislosti i primárního onemocnění (Kikalová, Kopecký, 2014).

1.2.1 Závislost a rodina

V rodině můžeme vyzorovat působnost dvou faktorů. Jednak **rizikových** - v případě, že se rodina stává přímým či nepřímým spoluúčastníkem při vzniku a rozvoji závislosti u některého svého člena, nebo **protektivních (ochranných)** – kdy se členové rodiny podílí na předcházení vzniku závislosti, případně se stávají dobrými pomocníky při léčbě návykového problému (Nešpor, 2011).

Nešpor (tamtéž) uvádí následující **rizikové faktory**: neléčená návyková choroba nebo duševní porucha rodičů; nedostatek času na dítě; schvalování užívání alkoholu či drog; kladení nízkých nároků na dítě a podceňování; hmotná nouze v rodině; časté stěhování; špatné

fungování rodiny; týrání nebo sexuální zneužívání dítěte; uplatňování neadekvátního fyzického násilí či přehnané přísnosti; závislost nebo užívání návykové látky u některého z rodičů.

K **protektivním faktorům** patří: adekvátní péče a dostatek času na dítě; spolupráce rodičů při výchově; dobré způsoby zvládání stresu v rodině; zprostředkování ochrany, bezpečí a uspokojování potřeb dítěte; přiměřeně omezující a vřelý výchovný styl; odmítavý postoj rodičů k návykovým látkám; duševní zdraví rodičů (Nešpor, 2011).

1.2.2 Faktory vyvolávající závislost

Příčiny vedoucí ke vzniku závislosti jsou multifaktoriální, což znamená, že na vzniku a následném rozvoji závislostního chování se může podílet celá řada biologických i sociálních faktorů (Fischer, Škoda, 2009):

Genetické predispozice

Ještě dnes není definitivně známo, zda existují specifické genetické informace, které by se podílely na vzniku závislosti. Komplexní porucha nevzniká pouze na genetickém podkladě, nýbrž vzájemnou interakcí mezi genetickou výbavou a prostředím. Ovšem stále ještě není jednoznačně určeno, jakým způsobem naše geny řídí vztah k alkoholu a jiným návykovým látkám (Fischer, Škoda, 2009).

Biologické predispozice

Riziko užívání návykových látek může být ovlivněno fyziologickými reakcemi, hlavně procesem metabolického zpracování. V porovnání s ostatními mohou mít některé osoby po konzumaci drog neobyčejně příjemné pocity. Vstřebání dané látky u nich nemusí být doprovázeno obtížemi a z toho důvodu je větší pravděpodobnost, že jedinec bude látku konzumovat ve vyšších dávkách a častěji (Fischer, Škoda, 2009).

Psychické faktory

V případě, že jedinec trpí depresemi, psychickou labilitou a dráždivostí nebo má sklony k sebedoceňování či naopak sebereceňování se, hrozí mu vyšší pravděpodobnost užívání návykových látek. Vznik a rozvoj závislosti také ohrožuje jedince s určitými osobnostními rysy, např. osoby se sklonem k riskantnímu jednání, se sníženou citlivostí k ohrožení nebo zvýšenou potřebou vyhledávat nové zážitky. Vyšší předpoklady pro vznik závislostního chování můžeme vypočítat i u jedinců, kteří jsou zužováni nejrůznějšími poruchami

osobnosti nebo duševním onemocněním. V takovém případě mluvíme o tzv. sekundární závislosti (Fischer, Škoda, 2009).

Sociální faktory

Všechny předchozí faktory a predispozice se projevují v určitém sociálním a kulturním prostředí, které se u každého jednotlivce podílí na ovlivňování projevů těchto faktorů.

K významným sociálním faktorům zvyšujícím vznik a rozvoj závislostního chování řadíme:

- „*vliv rodiny (dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.)*,
- *vliv sociální skupiny (party, subkultury)*,
- *vliv životního prostředí (prostředí měst, vybraných aglomerací – sídliště, průmyslové zóny, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, vykořeněnost – chybějící kořeny a vztahy, např. problematika odsunu německého obyvatelstva a vyvlastnění majetku)*,
- *sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb, např. prostředí realizace podnikatelských aktivit)*“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 98).

Jiné vymezení faktorů, které mohou vyvolat závislost, zmiňují ve svých publikacích autoři Illes (2002) a Mühlpachr (2008):

1. **faktory farmakologické (droga)** – v současnosti existuje velké množství drog navozujících extrémně rychle závislost, z toho důvodu se považují jako významný faktor, obzvláště u mladistvých.
2. **faktory somatické a psychické (osobnost)** – potřeba odstranění fyzických potíží, udržení kondice, stimulace smyslů, posílení sebevědomí, únik z prostředí, identifikace s určitou skupinou lidí.
3. **faktory environmentální (prostředí, rodina)** – utváření osobnosti dítěte ovlivňuje řada faktorů, např. prostředí, v němž jedinec žije, rodina, úroveň edukačního procesu, trávení volného času či spolupráce rodiny a školy.
4. **faktory percipitující (podnět)** – touha po euforii, odstranění nepříjemných pocitů a složitých životních situací.

Přičemž Illes (2002) dále upozorňuje, že se tyto příčiny mohou ve větší či menší míře lišit případ od případu, avšak pokaždé jsou přítomny všechny.

1.3 Úzus, abúzus, misúzus

Jedná se o slova latinského původu, která používáme v souvislosti s množstvím, frekvencí a celkovou dobou užívání drogy.

Úzus – je užití či užívání dané látky ve shodě s předpisy, v zájmu jednotlivce i společnosti. Například užívání léku na doporučení lékaře nebo požívání alkoholu při společenských akcích. Závislost se nevytváří (Nožina, 1997; Šedivý, Válková, 1988).

Abúzus – znamená zneužívání či nadužívání, nejčastěji nadměrné užívání drog, ať už v pojetí „příliš mnoho“ nebo „příliš často“. Pojem abúzus můžeme také spojovat s užíváním drog za nepřijatelné situace, tedy pokud k němu dochází u nezletilých, u těhotných žen či dospělých osob během pracovní doby. Abúzus nepříznivě ovlivňuje fyzický i duševní vývoj člověka. Hrozí riziko zvyšování dávek drogy a postupný rozvoj závislosti.

Rozlišujeme dva typy abúzu. Při abúzu **bez návyku** je droga užívána často nebo jsou překračovány její dávky, avšak závislost se nevytváří. Člověk se může rozhodnout, zda drogu užije či nikoliv. U abúzu **s návykem** vzniká závislost. Jedinec má nutkavou touhu užívat drogu a svobodně si ji nedokáže odepřít (Nožina, 1997; Šedivý, Válková, 1988).

Misúzus – je chybné, nenáležitě užívání drog, ke kterým se člověk dostal legálním nebo nelegálním způsobem. Zahrnujeme sem například nevhodnou aplikaci léků, kdy jedinec místo jedné tablety 3x denně požije dvě tablety 3x denně. Misúzus léku může také nastat z důvodu chybného postupu lékaře při nesprávně určené terapii (Nožina, 1997; Šedivý, Válková, 1988).

1.4 Prevence

Slovo prevence pochází z latinského *praevenire*, což znamená „předejít, zabránit“. Tento pojem často používáme i v běžném životě, kde představuje souhrn opatření, díky kterým předcházíme nežádoucím jevům, např. nemocem, drogové závislosti, zločinům, nehodám, neúspěchům ve škole, sociálním konfliktům atd. (Bělík a Hoferková, 2016).

Kikalová s Kopeckým (2014, s. 9) upozorňují, že „v souvislosti se závislostmi tento termín chápeme jako aktivity vedoucí k předcházení vzniku, rozvoji, komplikacím, nepříznivým následkům závislosti. Intervencemi mohou být realizovány na úrovni jedince nebo společnosti.“

V odborné literatuře je většinou prevence dělena na primární, sekundární a terciální: **Primární prevence** se zaměřuje na doposud nezasaženou populaci a svými aktivitami se snaží, aby u této skupiny lidí drogový problém nevznikl. K nejdůležitějším činitelům, kteří se

na primární prevenci podílejí, řadíme rodinu a školu. Primární prevenci je možné dále dělit na specifickou a nespecifickou:

- **Specifická primární prevence** – zaměřuje své aktivity na konkrétní typ rizikového chování a klade si za cíl, aby se mu předcházelo, omezil se jeho nárůst, snížil výskyt, nebo se posunul začátek určitého typu rizikového chování, např. konzumace alkoholu či kouření cigaret (Kikalová, Kopecký, 2014).
Bělík s Hoferkovou (2016) uvádějí rozdělení specifické primární prevence na tři úrovně podle Národní strategie MŠMT (2013):
 - Všeobecná primární prevence – nezohledňuje rizikové skupiny, cílí na běžnou populaci, u které se snaží ovlivňovat jejich postoje, hodnoty a chování. Skupiny, jež se této prevence účastní, jsou početně vyšší a děleny pouze podle věku. Typickým příkladem je školní třída.
 - Selektivní primární prevence – působí na skupiny se zvýšeným rizikem pro vznik nežádoucího chování (děti v sociálně znevýhodněných rodinách, děti s horším školním prospěchem, poruchou chování apod.). Selektivní prevence usiluje o posílení sociálních dovedností jednotlivců, komunikačních schopností, vztahů mezi nimi apod.
 - Indikovaná primární prevence – je předstupněm sekundární prevence. Zaměřuje se na výrazně ohrožené jedince nebo jedince, u nichž se rizikové chování již vyskytlo - užívají návykovou látku. Snahou je snížit výskyt takového chování a zmírnit jeho následky.
- **Nespecifická primární prevence** – není konkrétně zacílená na určitý rizikový fenomén, ale působí obecně. Obsahuje aktivity, které rozvíjí osobnost, nadání, komunikační dovednosti, zájmy, pohybové aktivity. Řadíme sem také upevňování správných hodnot a zdravého sebevědomí (Kikalová, Kopecký, 2014).

Sekundární prevence se zaměřuje na rizikové osoby či skupiny lidí, u nichž je pravděpodobný vznik závislosti na drogách, nebo se snaží zabránit rozvoji závislosti u jedinců, kteří již drogu užívají. Zahrnuje včasné rozpoznání a léčbu, poskytování odborné pomoci. K institucím zabývajícím se sekundární prevencí řadíme poradny, krizová centra, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny, telefonické poradenské linky, alkoholicko-toxikologické poradny atd. (Kikalová, Kopecký, 2014; Bělík, Hoferková, 2016).

Terciální prevence zahrnuje prevenci recidiv, ale také postupy a strategie, které vedou k minimalizaci zdravotních a sociálních dopadů užívání drog. Řadíme sem především pojem *harm reduction*, což znamená snižování rizik plynoucích z už vzniklé sociální deviace (Kikalová, Kopecký, 2014; Bělík, Hoferková, 2016).

Preventivní opatření se zaměřují na **cílovou skupinu**, kterou lze dále vymezit na:

- **Primární cílovou skupinu**, do které zařazujeme osoby (žáky, studenty), u nichž se pomocí preventivního opatření snažíme snížit výskyt rizikového chování.
- **Sekundární cílovou skupinu** tvoří lidé (učitelé, vychovatelé, rodiče, širší komunita města, novináři), jež ovlivňují úspěšnost prevence u primární cílové skupiny (Kikalová, Kopecký, 2014).

1.4.1 Zvláštnosti prevence v různých věkových skupinách

Nešpor a Csémy (1994) shrnují základní požadavky na preventivní působení v jednotlivých věkových skupinách:

- **Od narození do 1 roku**

Dítě je ve všem závislé na dospělých, především na matce. Zkušenost s adekvátně pečující a laskavou matkou je důležitá, neboť může dítěti v dalších letech pomoci důvěřovat okolí. Prevence v tomto věku představuje péči, vřelost a zabraňování vzniku citové deprivace.

- **Od 1 do 3 let**

Dítě již není tolik závislé na matce a začíná prosazovat svou vůli. Rodiče by měli uplatňovat klidný a vřelý přístup. Svému dítěti by měli laskavě dávat najevo, že je v pořádku, pokud se chce prosadit, ale že jsou i určitá omezení.

- **Od 3 do 6 let**

Dítě začíná objevovat okolní svět (školka, sousedé, vrstevníci) a mělo by si uvědomovat, že skrývá řadu rizik a nebezpečí. V tomto věku dítě učíme, že zdraví je velmi důležité a že si jej musí chránit, proto upozorňujeme na věci, kterým by se mělo vyhnout (zápalky, ostré předměty, alkohol, léky).

- **Od 7 do 12 let**

Dítěti podáváme konkrétní informace a nadále zdůrazňujeme hodnotu zdraví. Postupně by se informace měly změnit v pravidla a návyky. Prevence zaměřená na alkohol, tabák a jiné drogy by měla být již v tomto věku uskutečňována. Je důležité,

aby bylo dítě dostatečně seznámeno s riziky a škodlivostí těchto návykových látek a aby dostalo jasné a zdůvodněné zákazy tyto látky užívat. Účinnost prevence se zvyšuje v případě, že preventivní aktivity zahájíme 2-3 roky před prvním kontaktem s drogou.

- **Od 13 do 22 let**

Dítě se postupně odděluje od rodiny a začíná narůstat vliv skupiny vrstevníků. Právě vrstevníci mohou představovat nebezpečí nebo naopak pomoc při vyhýbání se alkoholu a drogám. Preventivní působení je v této skupině velmi důležité, neboť zneužívání alkoholu či drog v období dospívání vede k rychlejšímu vzniku závislosti. Velmi úspěšné jsou preventivní programy za účasti vrstevníků (peer programy).

PŘEHLED PREVENCE V RODINĚ – MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK (6-12 let)

| | |
|----------------------------|--|
| Zevní okolnosti života | Návykové látky včetně alkoholu, tabáku, by neměly být dítěti doma dostupné, rodiče by měli dbát na to, aby se dítě pohybovalo pokud možno v bezpečném prostředí a aby byl zajištěn přiměřený dohled. |
| Emoční potřeby | Vřelá a středně omezující výchova, zdravá rodinná pravidla, stabilní a předvídatelné rodinné prostředí. Podpora zdravého sebevědomí. Možnost projevit emoce. |
| Oblast poznávání | Obraz světa, který rodiče nabízejí, by měl odpovídat skutečnosti a usnadnit dítěti pohyb v tomto prostředí. Konkrétní a jednoznačné informace o škodlivosti alkoholu a tabáku pro děti a dospívající, jasné a zdůvodněné zákazy týkající se návykových rizik. Nadále je třeba zdůrazňovat hodnotu zdraví a posilovat přání být zdrav. |
| Sociální a jiné dovednosti | Vytváření zdravých návyků, základní sociální dovednosti (např. neuposlechnout starší, když žádají něco nevhodného, dovednosti rozhodování a schopnosti předvídat následky svého jednání), prevence problémů působených návykovými látkami je zasazena do širšího rámce ochrany zdraví v komplikovaném a potenciálně rizikovém prostředí. Prohlubování dovedností ochrany zdraví, schopnost se svěřit atd. Základní dovednosti sebeuvědomování, relaxace, autoregulace. Základy mediální gramotnosti. |

Tabulka 2 - prevence v rodině – mladší školní věk (upraveno ze zdroje: Nešpor, 2001, s. 42)

2 Alkohol

Slovo alkohol je odvozeno z arabského termínu *al-ka-hal*, což je označení pro zvláštní, jemnou látku. Z chemického hlediska se jedná o čirou, bezbarvou kapalinu s typickým zápachem, která vznikne zkvašením cukrů, obsažených v ovoci, nebo polysacharidů z brambor či obilných zrn. C_2H_5OH je chemická značka alkoholu, přesněji etylalkoholu, nazývaného též líh (Skála, 1988; Šedivý, Válková, 1988). Podle procesu výroby rozdělujeme alkoholické nápoje do tří skupin na: **piva** obsahující 1,5 – 5 % alkoholu, **vína** se 7 – 18 % alkoholu a **lihoviny**, které mají 22,5 a více % alkoholu (Skála, 1988).

V České republice činila v roce 2005 průměrná spotřeba alkoholu 16,5 litru na osobu starší 15 let za rok, což je velmi varovné zjištění, neboť průměrná spotřeba alkoholu všech evropských států byla ve stejném roce přepočtena na 12,2 litrů na osobu za rok (WHO, 2010).

Alkohol se často konzumuje jako doplněk k jídlu, což je dokonce v některých zemích považováno za ustálený zvyk. Alkoholické nápoje se stávají součástí společenských akcí a zvyklostí. Přechod od příležitostného užívání k jeho abúzu probíhá postupně. Příčiny alkoholismu rozdělujeme na společenské a individuální. Ke **společenským příčinám** patří sbližující účinky alkoholu, nedostatečná připravenost lidí či institucí na správné využívání volného času, nedodržování zákonných opatření atd. Z **individuálních příčin** můžeme jmenovat nepříznivý rodinný život, závislost na alkoholu u některého člena rodiny, negativní zážitky prožité v dětství či v současnosti. Vznikem alkoholismu jsou rovněž více ohroženi jedinci, pro které alkohol představuje oporu při životních těžkostech (Skála, 1988; Janík, Dušek, 1990).

Podle vztahu osob k alkoholickým nápojům Skála (1988) rozlišuje čtyři skupiny lidí – abstinenty, konzumenty, pijáky a osoby závislé na alkoholu.

Abstinenti odmítají jakoukoliv konzumaci alkoholu. Abstinent je člověk, který po dobu nejméně tří let nepil alkoholický nápoj v jakékoliv formě a množství. Dá se předpokládat, že takových osob je velmi málo. Důslednými abstinenty jsou nejčastěji děti do pěti, šesti let, neboť v tomto věku většinou na základě iniciativy některého člena rodiny poprvé ochutnají alkoholický nápoj a začínají tak se systematickým chuťovým nácvikem.

Konzumenti tvoří velkou skupinu osob. Alkohol pro ně představuje zdroj tekutiny, která uspokojuje jejich chuť. Konzumenti pijí vhodné alkoholické nápoje v přijatelném množství. Do této kategorie patří bohužel také velké procento nezletilých.

Pro **pijáky** jsou důležité účinky alkoholu, díky kterým pociťují příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, vymizení potíží či utlumení psychického napětí. V takovém případě je navozena tzv. alkoholická euforie.

Osoba závislá na alkoholu již neví, co znamená nevinné popíjení. Pomalu ale jistě se propadá při fungování ve společnosti. Závislý jedinec pije, aby zahnal abstinenci příznaky. Alkohol se postupně dostává na nejvyšší pozice hodnotového žebříčku.

Alkohol v dějinách

Dějiny pití alkoholu jsou neodmyslitelně spojeny s dějinami lidstva. Můžeme říci, že alkohol naši společnost doprovázel „odjakživa“. V minulosti se užíval při společenských událostech, při náboženských obřadech, sloužil k léčbě nebo jako nápoj pro pobavení (SANANIM, 2007). Už ve starém Egyptě znali kvašené alkoholické nápoje, v Číně dokonce existují důkazy o výrobě alkoholu z roku 7000 př. n. l. Indové v období od 3000 do 2000 př. n. l. získávali pálenku destilováním z rýže. V Babylónii se kolem roku 2700 př. n. l. šířil kult bohyně vína a ve starém Řecku představovala medovina jeden z prvních alkoholických nápojů. Také několik amerických civilizací před rokem 1492 vyrábělo alkohol ze zkvašené kukuřice, hroznového vína nebo jablek. V 16. století se alkohol používal hlavně v lékařství a počátkem 18. století britský parlament schválil destilaci lihovin z obilí, což vedlo k zaplavení trhu laciným alkoholem a k následnému rozvoji závislosti. Na tuto skutečnost reagovala v 19. století nejrůznější hnutí prosazováním totální prohibice a v roce 1920 vydaly Spojené státy zákon, který zakazoval výrobu, prodej, vývoz i dovoz alkoholických nápojů. Tento akt způsobil obrovský rozvoj ilegálního obchodu a roku 1933 byla prohibice zrušena (Pravda o alkoholu, 2009).

2.1 Vznik a rozvoj závislosti

„Alkohol má vlastnosti drogy, na kterou vzniká závislost se všemi jejími charakteristickými projevy. V prvním období se tvoří psychická závislost, postupně i závislost somatická. Tolerance na alkohol má v prvních obdobích vzestupnou tendenci, potom klesá“ (Janík, Dušek, 1990, s. 62). Dle mezinárodní klasifikace nemocí je závislost na alkoholu označována kódem **F 10.2**

Nadměrné požívání alkoholu se označuje termínem **alkoholismus** či **ethylismus**. Tento pojem poprvé použil v roce 1849 švédský lékař Magnuss Huss (Popov, in Kalina a kol., 2003).

Alkoholová závislost vzniká následkem dlouhodobého a pravidelného nadužívání alkoholu. Rozvíjí se zpravidla několik let, přičemž délka vývoje se individuálně odlišuje. Může mít jednak podobu **psychickou**, kdy má jedinec nutkavou touhu konzumovat alkohol a tímto způsobem řeší veškeré své problémy, a **fyzickou**, která se projevuje abstinenčním syndromem (Vágnerová, 2012).

Proces vzniku alkoholové závislosti lze rozdělit do čtyř fází. Jako první toto dělení popsal v roce 1952 kanadský alkohololog Jellinek. Jedná se o následující fáze (Janík, Dušek, 1999; Vágnerová, 2012; Heller, Pecinovská, 1996):

1. Počáteční fáze

Konzument se svým pitím navenek neodlišuje od okolí. Alkohol mu přináší úlevu, euforii a schopnost lépe navazovat společenské kontakty. Jedinec pije stále častěji, narůstá alkoholová tolerance a tím i množství zkonsumované dávky. V této fázi se opilost téměř nevyskytuje, mluvíme zatím pouze o opojenosti (tzv. špičce). Postupně vzniká psychická závislost.

2. Prodromální (varovná) fáze

Nadále se zvyšuje tolerance – navození příjemného pocitu si žádá vyšší příjem alkoholu. Jedinec občas nekontroluje své pití a opije se, dokonce mohou nastat i alkoholová „okénka“ (výpadky paměti, odborně nazývané palimpsesty). Psychická závislost je plně rozvinutá, začíná se rozvíjet i závislost somatická.

První a druhou fázi alkoholové závislosti řadíme do předchorobí. Počátek vlastní nemoci (kruciální fáze) nastává ve chvíli, kdy se mezi projevy přidruží alkoholové výpadky paměti.

3. Kruciální (rozhodující) fáze

Stále ještě narůstá tolerance k alkoholu. Postupně dochází ke splynutí hladiny, kdy se jedinec cítí dobře, s hladinou, při které je již značně opilý. Konzument ztrácí kontrolu nad pitím, narůstá frekvence opilostí a objevují se i častější konflikty s okolím. V této fázi je již vytvořena psychická i fyzická závislost.

4. Terminální (konečná) fáze

Jedinec užívá alkohol soustavně a v jakoukoliv denní dobu, pije nejen alkoholické nápoje, ale z nouze většinou i technické prostředky. Opilost představuje několikadenní období spojené s neustálou konzumací. Klesá tolerance na alkohol, protože poškozené orgány už

nedokážou v tak velkém množství odbourávat škodlivé látky. K opilosti nyní stačí pouze malá dávka alkoholu. V této fázi se objevuje poškození jater, nervového systému, cév a vznikají psychické poruchy.

Podle Jellineka rozlišujeme **pět typů závislosti na alkoholu**, které se označují počátečními písmeny řecké abecedy (Skála, 1987, 1988; Göhlert, Kühn, 2001):

Typ alfa

Konzument zná účinky alkoholu jako drogy, pije příležitostně se záměrem zbavit se vnitřních konfliktů, úzkosti, chce si navodit stav euforie. Alkohol je dobrým nástrojem k navazování kontaktu s druhými lidmi. Závislost psychická či fyzická zatím nevznikla.

Rizika: narůstá tolerance i frekvence pití alkoholu; úrazy, trestné činy.

Typ beta

Jedinec pije nadměrné množství alkoholu, ovšem nepravidelně. Většinou se jedná o příležitostné, víkendové pití. Ačkoliv se nevytváří psychická, ani somatická závislost, dochází k tělesným obtížím – záněty trávicího ústrojí a nervů, cirhóza jater.

Rizika: pozorujeme nárůst tolerance i frekvence konzumace alkoholu, dochází k porušování dopravních předpisů.

Typ gama

Jedinec ztratil kontrolu nad konzumací alkoholu, je vytvořena psychická závislost. Piják typu gama je ještě schopen abstinovat, ale přestávky v pití se postupně zkracují. K dalším znakům patří zvýšená tolerance, která vede ke konzumaci většího množství alkoholických nápojů. Rovněž nastávají změny osobnosti vyznačující se otupením emocí, úbytkem intelektu a neřízenými náladami. Časté je středně těžké až těžké alkoholové opojení.

Typ delta

Oproti předchozímu typu již nastala ztráta abstinence. Konzumenti typu delta nejsou schopni vydržet delší dobu bez alkoholu, ovšem stále ještě dovedou své pití kontrolovat. Nedochází u nich k opilosti, ale rovněž nezůstávají střízliví, neboť mají potřebu denně a často i v noci konzumovat alkohol. Po delší době vzniká závislost.

Rizika: hrozba většího poškození somatického i psychického zdraví než u předchozího typu.

Typ epsilon

Vyskytuje se velmi vzácně. Při tomto typu závislosti nastávají opakovaně každých pár měsíců vícedenní pijácké excesy vyznačující se ztrátou kontroly a občasnými stavy rozladění. Často se jedná o symptomatickou závislost, která je navíc spojena s jinou duševní chorobou (schizofrenie, epilepsie).

Jinou **klasifikaci** vztahující se k **nadužívání alkoholu** uvádí Heller, Pecinová (1996). Rozdělení poukazuje na rozdílnost mezi mužskou, ženskou a dětskou alkoholovou závislostí:

- **Symptomatický abúzus**

Průběh a vývoj symptomatického abúzu je určován strukturou osobnosti, psychickou odchylkou nebo chorobou. Vzniká závislost psychická označovaná také jako **alkoholická toxikomanie**, která se vyznačuje vnitřní nutkavou potřebou užívat alkohol. Typické je samotářské pití. Alkohol může vyvolat dobrou náladu, potlačit obavy a rovněž může být prostředkem k navázání komunikace. Vývoj závislosti tohoto typu trvá řádově pět let, dle individuálních zdravotních podmínek. Symptomatický abúzus je typický pro **ženy**.

- **Systematický abúzus**

Tento typ abúzu je založen na stereotypu pití alkoholu s rozvíjejícím se pijáckým chováním a s významným fenoménem časovým. Závislost vzniká působením vnějších společensko-sociálních činitelů a označuje se také termínem **habituální závislost**. Systematický abúzus je typický pro **muže**.

V praxi se tyto dvě formy abúzu kombinují, v čisté podobě se s nimi nesetkáme.

- **Juvenilní etylismus**

Vyznačuje se brzkou konzumací alkoholu, mnohdy již v dětství. Později samovolně ustává a zhruba kolem třicátého roku věku se často aktivuje do závislosti. Vyskytuje se vzácně a spíše regionálně, neboť je vázán na etnické faktory. Juvenilní etylismus je typický častou intoxikací a vysokou tolerancí. Rozsah poruchy je individuální od neurotických projevů, přes intelektovou retardaci, až k psychotickým projevům. Příznaky jsou patrné již před 30. rokem věku.

Pokud závislý člověk nemá dostatek alkoholu, objevují se u něj abstinenční příznaky, lépe řečeno **abstinenční syndrom**. Ten má složku psychickou, kdy je jedinec podrážděný, úzkostný, emočně labilní, skleslý, utlumený a může trpět depresemi, a fyzickou, při které se dostávají nepříjemné tělesné projevy jako bolest svalů či kloubů, průjem, nutkavá potřeba zvracení, slzení, žaludeční křeče atd. (Machová, Kubátová, 2015).

VAROVNÉ ZNÁMKY UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

| Brzké známky | Známky dlouhodobého pití |
|---|--|
| alkohol v dechu (někdy maskovaný bonbony apod.) | okénka (nepamatuje si, co dělal pod vlivem alkoholu) |
| zarudlé oči | třes, i když nebyl požit alkohol |
| zhoršená pohybová souhra | zvyšování odolnosti vůči alkoholu |
| bolesti hlavy v kocovině | ospalost |
| nejistá chůze | samotářské pití |
| ospalost | hltavé pití |
| nezřetelná výslovnost | ztráta nepijících přátel |
| často oslabení zábran | alkohol používán k uklidnění |
| slovní nebo i fyzická agrese | snížená schopnost pití ovládat a zastavit |
| | častější úrazy, pády, popáleniny, pořezání |
| | tělesné nemoci – např. jaterní, trávicího systému, vyšší krevní tlak |
| | pití při nevhodných příležitostech |

Tabulka 3 - varovné známky - alkohol (zdroj: Nešpor, Csémy, 1994, s. 58)

2.2 Alkohol a lidský organismus

Alkohol je konzumován perorálně (ústí). Z úst je přepraven jícnem do žaludku a do střev. Nejvíce se vstřebává v tenkém střevě, odkud přechází do krve, dále putuje vrátnicovou žílou do jater, poté do srdce a z něj tepnami do celého těla. Množství alkoholu v jednotlivých orgánech závisí na jejich prokrvení. Nejvyšší koncentrace alkoholu nacházíme v mozku, játrech či ledvinách. Játra a ledviny se podílejí na filtraci jedovatých produktů, které vznikají při přeměně alkoholu v organismu (Marádová, 2004; Heller, Pecinovská, 1994).

Alkohol působí tlumivě na centrální nervový systém, již při požití malé dávky můžeme pozorovat účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek a rozhodování. Pod vlivem alkoholu je oslabeno vnímání bolesti, vysoké dávky mohou zapříčinit smrt, neboť působí tlumivě na dýchací centra a krevní oběh (SANANIM, 2007). Přehledné zobrazení účinků alkoholu na lidský organismus uvádíme v *Příloze 2*.

Marádová (2004) popisuje následující vlivy alkoholu na lidský organismus:

- **Mozek** – přístup kyslíku do mozku je alkoholem omezen. V případě požití větší dávky dochází k narušení činnosti mozkových center, které se podílejí na

koordinaci pohybu a udržování rovnováhy. Dlouhodobou a častou konzumací jsou postupně a nenávratně ničeny mozkové buňky, což vede ke vzniku duševních nemocí. Alkohol tlumí činnosti mozku, čímž dochází ke zpomalení srdečního tepu, dýchání a trávení. Nadměrná konzumace může zapříčinit stav bezvědomí či dokonce smrt.

- **Oči** – alkohol uvolňuje svaly očí a znesnadňuje zaostření zraku.
- **Srdce** – množství krve přicházející do srdce a ze srdce je alkoholem omezeno, dochází tak k oslabení srdečního svalu. Mezi další negativní účinky řadíme zvýšení krevního tlaku a možný vznik srdeční arytmie. Alkohol také rozšiřuje cévy, které jsou v blízkosti povrchu kůže, což vede ke ztrátám tělesného tepla.
- **Dýchací soustava** – malé množství alkoholu může zvýšit frekvenci dechu, kdežto velké dávky dýchání zpomalují.
- **Trávicí soustava** – vlivem alkoholu dochází k narušení průběhu trávení. Mohou se projevit nejrůznější zdravotní komplikace od zvracení až po vznik žaludečních vředů či rakoviny žaludku, jícnu nebo jater. Dlouhodobá konzumace se podílí na likvidaci jaterních buněk, čímž vzniká hlavní příčina smrti alkoholiků - jaterní cirhóza.
- **Pohybová soustava** – působením alkoholu jsou oslabovány svaly a může nastat fyzické zhroucení.
- **Reprodukce** – u těhotné ženy prochází alkohol přes placentu přímo k plodu. Následkem může být celá řada vrozených vad dítěte, tzv. fetální alkoholový syndrom (viz kapitola Alkohol a děti).

Alkohol způsobuje také psychické komplikace. Na tomto místě stručně shrneme popis nejčastějších **alkoholových psychóz** (Mühlpachr, 2009; Heller, Pecinová, 1996):

Dipsomanie – onemocnění, pro které jsou charakteristické periodické záchvaty projevující se neodolatelnou touhou po alkoholu, silnou úzkostí a impulzivním jednáním. Subjekt může mezi periodami pití abstinovat, přičemž v takovém období pociťuje psychomotorický neklid, labilitu, ochablost a napětí, ale jakmile se napije, dochází k těžké opilosti, ztrátě sebekontroly a násilnickým reakcím.

Delirium tremens – onemocnění, které postihuje pijáky destilátů. K prodromálním příznakům patří nespavost, strach, ulekanost, děsivé sny či úzkostné stavy. Někdy mohou před deliriem nastat křečové záchvaty. Klasickou triádu symptomů představuje zastřené vědomí a zmatenost, smyslově živé halucinace a iluze, které postihují jakýkoliv lidský smysl,

a výrazný svalový třes. Obvykle se dostávají bludy a opačný spánkový cyklus. Delirium tremens nejčastěji propuká v noci, trvá 2 – 5 dní (někdy i více) a může být doprovázeno epileptickým záchvatem. Opakující se ataky mohou přejít do Korsakovovy psychózy či demence.

Korsakovova psychóza, Korsakovský syndrom – vzniká jako důsledek několikaleté konzumace alkoholu. Charakteristickým příznakem onemocnění je porucha krátkodobé paměti (hlavně vstípnivé složky) a dezorientace. Paměťové mezery subjekt vyplňuje smyšlenkami, kterým sám věří. Pacient si svůj stav neuvědomuje. Tato psychóza se častěji vyskytuje u žen.

Alkoholická paranoia – nebo také alkoholická žárlivost je vleklé onemocnění, při kterém se dostávají bludné představy pronásledování, vztahovačnosti, podezíravosti, nevěry a žárlivosti. Častěji postihuje muže.

Alkoholická halucinóza – je charakteristická sluchovými halucinacemi a pocitem pronásledování. Nemocný slyší nadávky, posměšky, kroky, hádající se hlasy apod. V důsledku těchto halucinací mohou vznikat i bludy. Akutní průběh nemoci trvá 3 – 10 dní.

Alkoholická demence – zahrnuje úbytek duševních schopností. V porovnání se stařeckou demencí nastupuje velmi brzy, asi kolem 50. roku či dříve.

Množství alkoholu v krvi se vyjadřuje v promilech (‰). Na psychiku člověka působí příjemně taková dávka alkoholu, při které není překročena koncentrace 0,6 – 0,8‰ alkoholu v krvi. Vyšší množství již vyvolává nežádoucí účinky a může způsobit opilost. Stupeň opilosti lze charakterizovat jednak vnějšími příznaky, kam patří například poruchy chůze a rovnováhy, tak vnitřními příznaky, tedy koncentrací alkoholu v krvi (Skála, 1988). Jednotlivá stadia opilosti popisuje Skála (1988) následovně:

- **První stadium opilosti** (1 – 1,5 ‰) – člověk má veselý výraz, živou mimiku a často bývá velice hovorný. V alkoholovém opojení je pro něj snadné uzavírat nová přátelství. Dostavuje se zvýšený pocit sebevědomí, který „pomáhá“ zlehčovat všechny životní problémy.
- **Druhé stadium opilosti** (1,5 – 3 ‰) - jedinec je již značně nekritický a netaktní. Jeho projev je hlasitý, začíná křičet, případně zpívat. Člověk v tomto stadiu jedná impulsivně a často své chování předem nepromyslí. Řeč je nekontrolovaná, zvyšuje se tepová frekvence a v obličeji je viditelné rudnutí. Objevují se problémy při chůzi, pohyby jsou nepřesné, jedinec může pociťovat závratě.

- **Třetí stádium opilosti** (3 i 4 %) – nastává těžká akutní alkoholová otrava, při které se dostavuje únava, potřeba spánku a často zvracení. Obličej již není červený, ale bledý. V případě požití větší dávky může nastat úplné bezvědomí, necitlivost. Svaly jsou uvolněné, dech pomalý a zornice mohou být rozšířené. Občas je opilec zmatený, může blouznit a dělat povyk. V extrémních případech může nastat úmrtí zapříčiněné ochrnutím dýchacího centra v prodloužené míše.

2.3 Alkohol a děti

Česká republika si připisuje prvenství za největšího spotřebitele alkoholu nejen v Evropě, ale i na celém světě. Alkohol je považován za jednu z nejrozšířenějších drog vůbec. Právě kvůli jeho snadné dostupnosti a obrovskému počtu dospělých konzumentů se stává velmi často středem zájmu mladistvých, kteří pitím alkoholu řeší například ostych k druhému pohlaví, únik před svými problémy nebo se prostě jen chtějí vyrovnat starším kamarádům (Illes, 2002).

Užívání alkoholu dětmi a mladistvými není bohužel žádným novým jevem. Výsledky statistických průzkumů v řadě zemí ukazují, že věková hranice první ochutnávky alkoholického nápoje se neustále snižuje. Pokorný, Telcová, Tomko (2003, s. 85) upozorňují, že „v posledních několika málo letech narůstá množství mladistvých, a dokonce i dětí – žáků základních škol, kteří jsou závislí na alkoholu. Předmětem jejich zájmu se stává zejména alkohol v podobě drogistického zboží (např. Alpa, Francovka), který je levný a snadno dostupný. Často pijí naši mladiství rovněž pivo.“

Konzumace alkoholických nápojů je pro děti a mladistvé v mnohých ohledech nebezpečnější než pro dospělé. Jejich játra neumí odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých a vznik závislosti je rychlejší. Také narůstá nebezpečí onemocnění jater, nervového systému, trávicího traktu, zvýšeného krevního tlaku či psychických chorob. Požití i malého množství alkoholu může u nezletilého způsobit nebezpečnou otravu (Nešpor, Csémy, 1994).

Alkohol trvale poškozuje také nenarozený plod a to tehdy, když žena v průběhu těhotenství konzumuje alkoholické nápoje. Teratogenní účinky alkoholu jsou patrné v celém průběhu těhotenství. V prvním trimestru ovlivňují růst a dělení buněk. Rovněž se mohou podílet na úbytku mozkových buněk, což následně vede k tomu, že neurony jsou na nesprávném místě a mozek dítěte je menší. Právě v prvním trimestru, tedy v době, kdy často budoucí matka o těhotenství ani neví, je plod vystaven největšímu nebezpečí. Konzumace

alkoholu ve druhém trimestru je příčinou potratů a ve třetím trimestru může způsobit zpomalení procesu vývoje a snížení intelektových funkcí (Facts about alcohol use during pregnancy, 2002).

Alkohol v těhotenství tedy může způsobit potrat nebo poškození plodu – narodí se dítě s tzv. fetálním alkoholovým syndromem (FAS). Děti narozené s tímto syndromem vykazují známky abnormálnosti v růstu, ve funkčnosti centrálního nervového systému a v charakteristikách obličeje (viz *Příloha 3*) (Mlčoch, © 2003 – 2016a).

Příznaky fetálního alkoholového syndromu:

- nižší porodní hmotnost,
- zpomalení růstu,
- nezralost, vady srdce, ledvin a plic,
- snížený inteligenční kvocient, mentální retardace,
- mikrocefalie (malý mozek s malým tvarem lebky),
- dlouhé filtrum (střední část horního rtu),
- úzká mezera mezi horními a dolními víčky,
- pokles víček,
- může nastat i těžké tvarové poškození plodu (Mlčoch, © 2003 – 2016a).

V případě, že nedojde k výše zmíněným vnějším projevům, ale mentální schopnosti dítěte jsou poškozeny, označujeme tento stav jako „alcohol related neurodevelopmental disorder“, který může způsobit následující strukturální změny mozku:

- neurologické příznaky a/nebo poruchy v chování a vnímání,
- poruchy řeči,
- neschopnost správně vnímat sociální situaci,
- hyperaktivita a nedostatečná schopnost sebeovládání,
- nedostatky v počítání a v matematice obecně,
- malá schopnost abstrakce,
- poruchy pozornosti, paměti a úsudku,
- v některých případech má dítě po narození menší velikost hlavy (Mlčoch, © 2003 – 2016a).

2.4 Prevence

Deklarace „mládež a alkohol“

V roce 2001 se konala ve Stockholmu konference ministrů evropských zemí, která se zabývala ochranou dětí a mládeže před alkoholem. Hlavním cílem bylo stanovit základní principy a cíle ochrany mladistvých před tlaky užívání alkoholu a omezení škod jím způsobených. Tyto principy a cíle jsou formulované v deklaraci, jež vyzývá evropské země k následujícím krokům:

- Výrazně redukovat počet mladistvých, kteří začínají užívat alkohol.
- Zvýšit věk, ve kterém mladiství začínají s pitím alkoholu.
- Výrazně snížit rizikové pití u mladistvých.
- Nabízet a/nebo rozšiřovat nabídku smysluplných alternativ namísto užívání alkoholu a drog, rovněž se zaměřit na kvalitní vzdělání a výcvik osob, které pracují s mladistvými.
- Dosáhnout vyšší účasti mladistvých na zdravotních programech pro mládež, zvláště pokud jsou zaměřeny proti konzumaci alkoholu.
- Poskytnout kvalitnější vzdělání mladistvým v oblasti důsledků užívání alkoholu.
- Snižovat tlaky vybízející mladistvé k užívání alkoholu, hlavně v souvislosti s volnou distribucí, reklamou, sponzorstvím a dostupností alkoholických nápojů, zvláště při různých speciálních příležitostech.
- Zajistit a/nebo zkvalitnit přístup k zdravotním a poradenským službám, zvláště pro mladistvé s alkoholovými problémy a/nebo pro ty, jejichž rodiče jsou na alkoholu závislí.
- Minimalizovat škodlivé důsledky užívání alkoholu, především nehod, fyzického napadení a násilí mezi mládeží (Machová, Kubátová, 2015).

„Z deklarace vyplývá, že strategie týkající se alkoholu ve vztahu k mládeži by měly být součástí komplexního celospolečenského řešení. Toto řešení by mělo zahrnout zajištění podmínek pro kvalitní život mládeže a otevřenou budoucnost s vytvořením pracovních příležitostí, podmínek pro smysluplné trávení volného času a rodinného a společenského života“ (Machová, Kubátová, 2015, s. 73).

Prevence v rodině

Začíná ještě před prvním kontaktem dítěte s drogou (alkoholem). Nespecifická prevence představuje způsob výchovy v rodině, včetně jejího celkového životního stylu. Je nutné budovat vzájemnou důvěru mezi rodinnými příslušníky a vytvářet jistotu a pevné zázemí pro dítě. Velmi vhodné jsou také společné aktivity, neboť rodinu více stmelují a dítě ochraňují před nudou. Alkoholické nápoje by doma neměly být skladovány na dostupných místech. Rodiče by měli dávat dětem jasně najevo, že pro dospělé platí jiná pravidla spojená s konzumací alkoholu. Také by před dětmi neměli pít alkohol rizikovým způsobem (opíjet se či řídit pod vlivem), neboť děti mají tendenci chování svých rodičů napodobovat (Machová, Kubátová, 2015; Nešpor, Csémy, 2002).

3 Nikotin

Nikotin je bezbarvá nepáchnoucí tekutina se silně toxickými účinky. Nachází se v listech tabáku. „*Jedinou návykovou látkou ze 4. – 5. tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin*“ (Králíková, in Kalina a kol., 2003, s. 205). Mimo něj je v cigaretovém kouři ještě spousta dalších škodlivých látek, řada z nich má dokonce rakovinotvorné účinky - dehet, oxid uhelnatý, kyanid, arsenid, formaldehyd apod. (Kikalová, Kopecký, 2014). Nikotin je hned po alkoholu druhou nejčastěji užívanou návykovou látkou nejen v Evropě, ale i v České republice.

Kouření představuje proces suché destilace, během které je do trávícího ústrojí vpraven nikotin, dehet a další škodliviny. Nikotin je velmi prudký jed, jeho smrtelná dávka se pohybuje asi kolem 50 mg a může být obsažena už v jedné cigaretě. Většinou se ale při kouření jedné cigarety vstřebá pouze 1 až 2 mg, u doutníku dokonce 10 mg. Šlukující kuřák má ve svém těle 6x více nikotinu než kuřák nešlukující (Illes, 2002; Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

Na celém světě je více než 1,2 miliardy aktivních kuřáků. Roční výroba cigaret činí zhruba 5,5 biliónů kusů, což představuje 2,5 cigarety na osobu denně, včetně kojenců a nekuřáků (Fischer, Škoda, 2009). Dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2015) klesá nebo alespoň stagnuje výskyt kuřáků v populaci a tím i související úmrtnost. V Anglii se oddává kouření méně než 20 % dospělé populace. V některých státech týmy odborníků vypracovaly konkrétní plány, které cílí na postupnou eliminaci tabákových výrobků. Naopak v Asii a Africe tabáková epidemie teprve propukne.

Formy tabáku

Bezdýmý tabák – do této skupiny řadíme tabák žvýkací (smotek tabáku) či tabák porcovaný (rozdrcený tabák v papírovém pytlíčku, který se podobá čajovému). Je méně škodlivý než kouření cigaret, ovšem jisté riziko najdeme i zde, neboť karcinogenní a toxické látky jsou v něm obsaženy také, byť ve výrazně menším množství (Králíková, 2015).

Vodní dýmky – jsou velmi oblíbené, a to zejména u dětí a dospívajících. Často však bývá jejich nebezpečnost podceňována. Kouř procházející vodou se ochlazuje a lze jej poté snáze vdechnout hluboko do plic, takže celková dávka je větší. Navíc objem potažení je oproti cigaretě dvojnásobný a obsah škodlivin je výrazně vyšší. Množství dehtu a oxidu uhelnatého

je po vykouření jedné dýmky srovnatelné s desítkami až stovkami vykouřených cigaret. Další riziko je spojené se šířením infekce při skupinovém kouření (Králíková, 2015).

Dýmky, doutníky – pokud bychom je porovnávali s cigaretami, můžeme sice najít rozdíl ve vlivu na zdraví, ale poměrně malý. Kouř z dýmky či doutníku má zásaditější pH, proto se nikotin vstřebává již bukalní sliznicí a nemusí být potahován do plic. Oproti cigaretám je tedy celkové nebezpečí o něco menší, ale riziko lokální (v dutině ústní) se naopak zvyšuje (Králíková, 2015).

Cigarety – představují nejčastější způsob spalování tabáku v ČR. Nikotin se z cigaret vstřebává nejrychleji, proto jsou nejvíce návykové. Obsahují několik desítek druhů tabáku různě fermentovaného a upraveného, několik set aditiv, které se podílejí na ladném vinutí kouře a snazším vdechnutí. Aditiva rovněž zahrnují chutě lákající děti – lékořici a ovocné či mentolové příchutě. Od druhé poloviny 20. století se rozšířily filtry a v 80. letech se začaly vyrábět cigarety s nízkým obsahem dehtů a nikotinu, tzv. „lightky“. V současnosti jasně cílí na děti a mladistvé mentolové kapsle ve filtru, jež po stlačení prasknou (Králíková, 2015).

Mühlpachr (2009) zmiňuje ve své knize Schmidtovu **typologii kuřáků**:

- 1. Příležitostný kuřák** se na základě stimulujících kuřáckých zvyklostí oddává občasnému kouření. V případě potřeby si tento typ kuřáků může, ale také nemusí cigaretu zapálit.
- 2. Návykový kuřák** může skoncovat s kouřením bez větší námahy. Kouří ve vleku kuřáckých zvyklostí či napodobení. Psychická závislost u něj nevznikla.
- 3. Kuřák s psychickou závislostí** kouří kvůli prožitku, má rád kuřácký ceremoniál, vůni a chuť cigarety. Řadíme sem i uživatele, kteří kouří cigaretu z důvodu uvolnění, odstranění vnitřní nepohody a pocitu prázdnoty.
- 4. Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí** přednostně vyhledává kouření kvůli účinkům nikotinu, protože ty u něj vyvolávají emočně vegetativní prožitky. Tělesná závislost se projevuje bušením srdce, návaly pocení, třesem a neklidem po vysazení kouření.

Kouření v dějinách

Počátky kouření tabáku můžeme vypočítat u Mayské civilizace kolem roku 500 př. n. l. Jiné rostliny byly kouřeny v Indii dokonce v době několik tisíců let př. n. l., a je možné, že mezi nimi byl i tabák. Mezinárodní obchod se začal rozvíjet až s příchodem

objevitelů Nového světa. Původní obyvatelé Ameriky v té době tabák užívali nejrozličnějšími způsoby – žvýkáním, kouřením, šňupáním či pojidáním celých listů. Jako první dovezli tabák do Evropy Portugalci, začali ho zde pěstovat a od nich se pak dále rozšířil do celého světa. Zpočátku byl předmětem zkoumání botaniků a lékařů, kteří jej užívali jako lék. V Evropě se začal více objevovat v 16. století a z kouření se postupně stal společenský rituál. Tento zlovyk vyvolal v řadě zemí negativní ohlasy, užívání tabáku bylo tvrdě sankcionováno, někde dokonce i trestem smrti. V 19. století se ve vyšších společenských vrstvách rozmohlo kouření doutníků a poté cigaret, lidé z nižší společenské třídy tabák šňupali. Od druhé poloviny 19. století byly k dostání cigarety ručně balené a na přelomu 19. a 20. století započala jejich průmyslová výroba. Rizika kouření cigaret odborníci objektivně popsali až v 50. letech 20. století (SANANIM, 2007).

3.1 Pasivní kouření

Pasivní kuřáctví je „*nedobrovolné vdechování cigaretového kouře z okolního zakouřeného prostředí nekouřící osobou*“ (Machová, Kubátová, 2015, s. 63). Kouř se do prostředí může dostat jednak z volně hořící cigarety, v tomto případě mluvíme o **vedlejším proudu kouře**, nebo výdechem kuřáka, tedy **hlavním proudem kouře**. Zapálená cigareta produkuje obrovské množství škodlivých plynných látek i pevných částic, které působí dráždivě a způsobují záněty dýchacího ústrojí. Lidé pobývající v zakouřeném prostředí mohou kašlat, sípat, pociťovat pálení očí, dušnost či zahleněnost. Říká se, že nekuřák trávící jednu hodinu v zakouřeném prostředí vdechne stejné množství škodlivin jako po vykouření patnácti cigaret (Machová, Kubátová, 2015).

Pasivnímu kouření je vystavena velká část populace, obzvláště ohroženou skupinou jsou děti. Udává se, že v naší republice jich pobývá v zakouřeném prostředí přibližně **66 %**. Vystavení tabákovému kouři může způsobit syndrom náhlého úmrtí u kojence, zánět středního ucha, časté nemoci dýchacích cest, průduškové astma, senné rýmy apod. Obecně platí, že čím mladší je dítě, tím více mu tabákový kouř škodí (Machová, Kubátová, 2015).

3.2 Vznik a rozvoj závislosti

Závislost na nealkoholových látkách, tedy i nikotinu, je multifaktoriálně podmíněný fenomén a představuje proces komplexních změn v oblasti tělesné, duševní i sociální.

Nevzniká náhle, ale většinou v několika na sebe navazujících fázích: stadium experimentální → stadium příležitostného užívání → stadium pravidelného užívání → stadium návyku a závislosti. V porovnání s alkoholismem vzniká návyk na nealkoholové drogy podstatně rychleji (Fischer, Škoda, 2009). Marádová (2004) tvrdí, že kuřák je na nikotinu závislý asi po dvou letech užívání. Mezinárodní klasifikace nemocí označuje závislost na tabáku kódem **F 17.2**. V Příloze 4 uvádíme test, kterým je možné určit míru závislosti na kouření cigaret.

Fyzická závislost na nikotinu vzniká po určitém čase a může mít u různých osob odlišnou podobu. U lidí, kteří celý život kouří pouze příležitostně, epizodicky a málo (z hlediska frekvence a počtu vykouřených cigaret) se nemusí fyzická závislost vůbec vytvořit. Takových osob je však velmi málo. Početnější skupinu tvoří kuřáci, jež kouřit přestanou, ale po krátké době se ke svému zlovyku opět vrací a to z důvodu nutkové potřeby udržet si hladinu nikotinu v těle. V případě, že hladina nikotinu klesá pod určitou mez, dostavuje se velmi intenzivní nutkání, kuřák začne být nervózní, podrážděný, rozladěný a zapaluje si další cigaretu (Sovinová, Csémy, 2003).

Závislost na cigaretách může mít také podobu **psychosociální**, která se pojí s první cigaretou. Většina jedinců po prvním vdechnutí cigaretového kouře pocítí nepříznivé účinky kouření – nevolnost, bolesti břicha, obluzení apod. Na tyto pocity vzniká tolerance doprovázená psychosociální závislostí na vztazích a situacích, které kouření provází. Situace, kdy si kuřák zapaluje, jsou pro něj velmi osobní, typická je pouze cigareta. Vzniká tedy závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. Vše velmi těsně souvisí s rituály nabízení cigaret, se zapalováním či pozorováním plamene zápalek nebo cigaretového kouře. U většiny lidí vyvolává rituál zapalování a kouření dočasné snížení stresu či úzkosti, vede k odstraňování komunikačních bariér s partnery, kolegy nebo cizími lidmi (Sovinová, Csémy, 2003).

Překonávání psychosociální závislosti je u mnoha jedinců spojeno s opakovaným selháváním a následným návratem ke kouření, přestože se vypořádali se závislostí fyzickou. Problémy s odvykáním řeší nejrůznější psychoterapeutické postupy nebo léčba, při které se dostává nikotin do organismu jinou cestou než kouřením, např. nikotinovou žvýkačkou, náplastí, nosním sprejem apod. (Sovinová, Csémy, 2003; Machová, Kubátová, 2015).

V případě, že dojde k přerušení obvyklé dávky nikotinu, dostavují se **abstinenční příznaky**, které trvají v rozmezí tří týdnů až tří měsíců. Jejich závažnost je individuální, někteří jedinci je nemusí pocítit vůbec. K nejtypičtějším projevům abstinenčního syndromu u nikotinové závislosti patří: nezvladatelná chuť kouřit cigaretu, úzkost, špatná nálada, deprese,

zlost, podrážděnost až agresivita, psychomotorický neklid, zvýšená chuť k jídlu, bolesti hlavy, únava, nespavost, snížená citlivost končetin, pokles krevního tlaku, nauzea, brnění končetin a svalů, poruchy soustředění a mnoho dalších (Mlčoch, © 2003-2016b).

Chronickou otravu nikotinem nazýváme **nikotinismus**. Ten nastává v případě, že kuřák kouří více než 20 cigaret denně. Dominantním příznakem nikotinismu je nespavost, která sekundárně vyvolává nestálost nálad, pokles pozornosti či tzv. pseudoneurastenický syndrom. K dalším projevům patří poruchy tepové frekvence (bušení srdce), chronický zánět dýchacích cest, střídání průjmu a zácpy, nechutenství, zvracení, pocit sevřenosti, snížená ostrost čichu a chuti, aterosklerotické změny, vznik kolik, zánětů nebo vředů v žaludku, u mužů snížená potence až impotence, u žen menstruační problémy a v případě těhotenství je vyšší pravděpodobnost potratu či poškození vývoje plodu (Pokorný Telcová, Tomko, 2002).

VAROVNÉ ZNÁMKY UŽÍVÁNÍ TABÁKU

| Brzké známky | Pozdní známky |
|---|--|
| bledost, studený pot, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, pokleslá nálada, zornice nejdříve zúženy, pak rozšířeny | kašel |
| zažloutlé prsty od cigaret, typický zápach z úst | pokles tělesné hmotnosti |
| | bolesti žaludku |
| | srdeční obtíže |
| | impotence u mužů a riziko poškození dítěte u těhotných žen |
| | nepříznivé účinky na pokožku obličeje, pleť rychleji stárne |
| | alergie na složky tabákového kouře a astma |
| | odvykací obtíže po vysazení drogy někdy minimální, jindy podrážděnost, nervozita, problémy s trávením, mírná nespavost |

Tabulka 4 - varovné známky - tabák (zdroj: Nešpor, Csémy, 1994, s. 68)

3.3 Vliv na lidský organismus

Škodlivost kouření spočívá v tom, že jedinec neublíží pouze sobě, ale i svému okolí. Nekuřáci bývají mnohdy více postiženi, protože jejich organismus se na škodlivou látku neadaptoval (Janík, Dušek, 1990). Kouření je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, neboť se stává nejčastější příčinou předčasných onemocnění či úmrtí. Jenom v České

republice denně umře na následky kouření více než 60 lidí. Ke škodlivým látkám v tabákovém kouři patří nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid a spoustu dalších. Mnohé z nich jsou navíc prudce jedovaté a rakovinotvorné (Nešpor, Csémy, 2002; Machová, Kubátová, 2015).

Nikotin je rychle vstřebáván do krevního oběhu, do sedmi sekund po vdechnutí je přítomen v mozku. Jedná se o návykovou látku, na níž je vytvořena závislost. V případě nedostatku nikotinu se dostavují abstinční příznaky, ke kterým patří nutkavá touha po cigaretě, podrážděnost, špatná nálada, nesoustředěnost, nervozita, úzkost, poruchy spánku či zvýšená chuť k jídlu. Kuřákům hrozí větší riziko vzniku srdeční ischemie, srdečního infarktu, cévních mozkových příhod a onemocnění periferních cév, protože nikotin zvyšuje krevní tlak, zrychluje činnost srdce a stahuje srdeční cévy (Machová, Kubátová, 2015).

Dehet při vdechování kouře zůstává na plicích a může zapříčinit vznik rakoviny. Ta však nemusí být pouze na plicích, neboť cigaretový kouř je komplexní kancerogen, který vyvolává nádorové bujení i u jiných tělesných orgánů - hrtanu, dutiny ústní, jícnu, ledvin, slinivky břišní, močového měchýře nebo děložního čípku. Se vznikem rakoviny také souvisí, kolik cigaret denně jedinec vykouří, jak hluboce vdechuje cigaretový kouř a kdy začala a jak dlouho trvá jeho kuřácká kariéra (Machová, Kubátová, 2015).

Kouř z cigaret rovněž způsobuje nadměrné vyměšování hlenových žlázek v průduškách a vede k jejich hypertrofii. Dále poškozuje pohyblivost řasinek epitelové výstelky, což vede k zadržování hlenu v dýchacích cestách a následným zánětlivým změnám sliznice průdušek, které napomáhají vzniku chronického zánětu průdušek (Machová, Kubátová, 2015).

Kouření má vliv na rychlejší úbytek rozumových schopností a podporuje předčasný vznik závažných duševních onemocnění jako jsou Alzheimerova choroba, schizofrenie, depresivní stavy a sklony k sebevražednému chování (Hrubá, 2013). Další zdravotní následky spatřujeme v dutině ústní. Dásně jsou v důsledku zánětů a poruch krevního oběhu poškozeny, kostní hmota v okolí zubů je odbourávána, zuby jsou viklavé a náchylnější na tvorbu kazů (Machová, Kubátová, 2015). Marádová (2004) ještě připomíná, že kouřením se snižuje imunita a hrozí častější výskyt infekčních onemocnění. Škodliviny v cigaretovém kouři vyvolávají astmatické záchvaty a alergie. Také pokožka předčasně stárne, vysušuje se a je vrásčitější. Tělesná výkonnost klesá, protože jsou poškozeny plíce a srdce.

U mužů kuřáků se častěji objevují problémy s potenci a plodností, neboť škodlivé látky v kouři negativně působí jak na zrání a tvorbu spermií, tak na erektilní funkce pohlavního údu. Pokud kouří ženy, je ovlivněna tvorba a uvolňování jejich pohlavních hormonů, čímž

dochází k narušení hormonálního cyklu, který reguluje plodnost i průběh těhotenství. Ženy mívají častější problémy s otěhotněním, s menstruačním cyklem a dříve u nich nastává období klimaktéria. Pokud žena - kuřačka otěhotní, narůstá riziko předčasného porodu, mimoděložního těhotenství či poruch placenty (Hrubá, 2013).

3.4 Nikotin a děti

Cigareta v dětství představuje zakázané a vzrušující dobrodružství, zkoušku dospělosti a poté se mění v návykovou drogu. Dětem a dospívajícím, jež začnou s kouřením, hrozí vyšší riziko, že od cigaret přejdou k marihuaně a posléze i k jiným silnějším drogám (Illes, 2002).

Mladiství ve věku 11 – 15 let jsou náchylnější na vznik návyku kouření. První experimentování s cigaretou může být spojené i s mladším věkem, ale většinou se jedná o nezdařilé pokusy. Nezletili se ke kouření znovu vrací až na počátku puberty. Právě v této době se chtějí přiblížit dospělým a chtějí být nezávislejší. Zatím ještě nekouří pro potěšení, ale z důvodu vybudování si lepšího postavení mezi vrstevníky. Kolem sedmnáctého roku kouří pouze ti, kteří chtějí a cigareta jim zachutnala (Machová, Kubátová, 2015).

Výzkumy potvrzují, že skoro 90 % kuřáků poprvé kouří cigaretu před 18. rokem věku. Nezralý mozek a další orgány jsou v tomto období náchylnější na poškození a riziko vzniku závislosti je podstatně vyšší. Projevy fyzické závislosti jsou patrné u třetiny dospívajících, jež vykouřili 3 – 4 cigarety, a u 95 % těch, kdo vykouřili 100 a více cigaret. U mladistvých mluvíme o fyzické závislosti už v případě, kdy vykouří dvě cigarety za týden (Towns, DiFraza, Jayasuriya et al., 2015).

Škodliviny z tabákového kouře mohou dítě poškodit ještě před tím, než se narodí, protože pronikají do krevního oběhu plodu. Děje se tak v případě, kdy žena během těhotenství aktivně kouří nebo pobývá v zakouřeném prostředí. Dítě se rodí na svět s nižší porodní hmotností, má kratší délku a menší obvod hlavičky a hrudníku (Hrubá, 2013). „*Zvláště závažné je, že nikotin narušuje správné tvoření placenty a tím zhoršuje základní předpoklad pro dobrou výživu a vývoj lidského zárodku*“ (Novák a kol., 1980, s. 68). Děti rovněž bývají méně odolné vůči nákazám, častěji nemocné a mírně opožděné ve vývoji. Takovéto poškození plodu označujeme jako **fetální tabákový syndrom**. Kouření matky negativně působí na vývoj dítěte i po porodu, protože při kojení přecházejí škodlivé látky z tabáku do mateřského mléka a mohou dítě dále poškozovat. U kojených dětí silně kouřících matek byly dokonce zaznamenány vážné otravy nikotinem (Novák a kol., 1980).

3.5 Prevence

Pokud máme změnit postoje ke kouření, je nutné, aby nekuřáctví představovalo pozitivní sociální normu, tedy aby bylo v dnešní době moderní nekouřit (Machová, Kubátová, 2015).

Autorky (tamtéž) spatřují hlavní zásady prevence v následujících bodech:

- Veřejnost a hlavně děti by měly být více seznámeny s negativními účinky, které přináší kouření cigaret. Každá příležitost, kdy je možné s dítětem či dospívajícím hovořit na toto téma, by měla být využita.
- Lidé přicházející do těsnějšího kontaktu s mladistvými by měli být vzorem nekuřáckého chování. Tedy učitelé, lékaři, rodiče a další příbuzní by neměli kouřit, neboť dítě těžko pochopí škodlivost kouření, když kouří jejich rodiče, učitelé apod.
- Mnohdy mají doma děti a dospívající neomezený přístup k cigaretám, této skutečnosti bychom měli zabránit.
- Zavedení celospolečenské prevence pomocí vhodných zákonných opatření, např. zakázat reklamy na tabákové výrobky, zvyšovat cenu cigaretového zboží, zakázat prodej cigaret v prodejních automatech, kde není možné kontrolovat věk nakupujících, neprodávat cigarety po kusech, ale pouze v uzavřeném balíčku cigaret.
- Důsledná kontrola dodržování zákazu prodeje tabákového zboží osobám nezletilým. V případě porušování tohoto zákonného opatření by měl následovat tvrdý postih.
- Chránit děti a nekuřáky před pasivním kouřením, např. na pracovišti ve vnitřních prostorách, ve veřejné dopravě, v místech společného stravování během doby podávání hlavních jídel.
- Zavádět efektivní preventivní programy proti kouření.

Prevence v rodině

Důležité je, aby rodiče poskytovali dětem dostatečné množství informací o škodlivosti cigaret a ovlivňovali jejich postoje ke kouření. Děti by měly přijmout názor, že cigareta nezvyšuje přitažlivost, ale je zdrojem odpudivého zápachu a dalších neestetických průvodních jevů, jako jsou žluté prsty, zuby apod. Rovněž by se dětem mělo neustále připomínat, že

kouření významně poškozuje zdraví a způsobuje řadu zdravotních komplikací i nekuřákům, z toho důvodu by se nekuřáci měli zakouřeným prostorům vyhýbat (Hrubá, 2013). Autorka dále upozorňuje, že i kouřící rodiče by měli s dětmi o rizicích kouření mluvit.

Nešpor a Csémy (2002) tvrdí, že na prevenci problémů působených tabákem se dá nacvičit to, co dítě upotřebí i ve vztahu k jiným návykovým látkám. Tedy pokud se naučí odmítat cigarety a alkohol, dokáže snadněji v pozdějších letech odmítnout pervitin či heroin. Dále by u dětí měla být rozvíjena schopnost čelit reklamě, která tabákovými výrobky často vysloveně cílí na skupinu dětí a dospívajících.

4 Charakteristika žáka mladšího školního věku

Období mladšího školního věku začíná vstupem dítěte do školy, tedy ve věku 6 – 7 let, a končí s nástupem prvních známek pohlavního dospívání, jež se dostávají v 11 – 12 letech. Právě na pomezí předškolního a školního věku nastávají vývojové změny důležité pro úspěšné zvládnutí školních požadavků. Tyto změny představují základ školní zralosti (Vágnerová, 2005). Vstupem do školy se začíná zcela zásadně měnit způsob života dítěte. Hra je odsouvána do pozadí a hlavní činností se stává učení (Kuric, Vašina, 1987).

V odborné literatuře se můžeme setkat s podrobnějším rozdělením této vývojové etapy. Například Thorová (2015) užívá termín „*období středního dětství*“, které dále rozděluje na „*rané střední dětství*“ (od 6 do 9 let) a „*pozdní střední dětství*“ označované též prepubescence (od 10 do 11/12 let). Vágnerová (2005) dělí toto období rovněž do dvou etap, a to na „*raný školní věk*“ s věkovým vymezením od 6 – 7 let do 8 – 9 let a „*střední školní věk*“ od 8 – 9 let po dobu, kdy dítě začíná navštěvovat 2. stupeň základní školy.

Psychoanalýza používá pro označení této vývojové etapy termín „*období latence*“, čili klidového stavu. Neboť se domnívá, že vývojové změny nejsou tak převratné, jak tomu bylo v předškolním období či bude v dospívání. Thorová (2015, s. 402) se k tomu výroku vyjadřuje následovně: „*Období bývá popisováno jako klidné, změny spíše nenápadné. Tento výklad je však poněkud zavádějící. Střední dětství je důležitou vývojovou fází, ve které dítě musí zvládnout řadu vývojových úkolů. Formuje se sebepojetí, genderová identita (uvědomování si vlastního pohlaví) a postoje ke vzdělávání.*“

Německý psycholog O. Kroh celkově charakterizuje mladší školní věk jako období **střízlivého realismu**. Školák chce pochopit svět, který ho obklopuje, chce vnímat věci tak, jak doopravdy jsou. V počátcích hovoříme o **realismu naivním**, neboť je dítě závislé na tom, co mu sdělují rodiče, učitelé či další přirozené autority. Později, v souvislosti s nastávajícím obdobím puberty, se tento realismus stává stále více kritičtější a školákův přístup ke světu nabírá **kriticky realistickou** podobu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

4.1 Tělesný vývoj a rozvoj motoriky

Období mladšího školního věku vymezuje první a druhá strukturální přeměna organismu. Po překonání počáteční disproporcionality je školák ve většině případů harmonicky rozvinutý. Musíme ovšem zohlednit velké individuální rozdíly, které se týkají

mimo jiné i rozdílů pohlaví. Biologický věk nemusí být v souladu s věkem kalendářním. Zrychlený vývoj sledujeme většinou u dívek. Tělesný růst je po započetí školní docházky stále ještě akcelerovaný, ovšem kolem 8. roku dochází k jeho zpomalování, ve stejném věku rovněž zpomaluje přibývání na hmotnosti (Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010). „Mezi 7 a 10 lety u dívek a 7 a 11 lety u chlapců se růst zpomalí zhruba na 5 cm za rok. Přibývá podkožního tuku, tělesné tvary působí plnější, poměr hlavy k tělu se zmenšuje. Ačkoliv ještě nedošlo k rozvoji sekundárních pohlavních znaků, dívčí a chlapecká postava se již mírně liší, dívky mají širší pánev, chlapci ramena a hrudník“ (Thorová, 2015, s. 410). V tomto věku je rovněž důležitou somatickou změnou vývoj dentice, při které jsou mléčné zuby nahrazeny trvalým chrupem (Trpišovská, 1998).

Oblast hrubé a jemné motoriky je v celém období zlepšována a zdokonalována, což se projevuje v rychlejších, účelnějších a přesnějších pohybech, ve větší svalové síle. Rovněž celková pohybová koordinace těla dosahuje výrazného zlepšení. Děti projevují radost z pohybu, mají zájem o různé druhy sportu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Období mladšího školního věku je všeobecně označováno jako zlatý věk motorického učení. Také Thorová (2015, s. 410) upozorňuje, že: „Mladší školní věk je pro motorický vývoj senzitivní období, které umožňuje dítěti si relativně snadno osvojit základy různých sportovních aktivit. Narůstá vytrvalost, zvyšuje se rychlost, koordinace a kontrola pohybů.“

4.2 Vývoj poznávacích procesů

4.2.1 Vnímání

Pasivní přijímání informací je nedostačující, dítě se chce v tomto věku stát přímým účastníkem veškerého dění, chce pochopit souvislosti, důkladně prozkoumávat vlastnosti předmětů a jevů, jejich části a detaily. Vnímání už není nahodilé, ale stává se cílevědomou činností – pozorováním. V této etapě dochází k postupnému přechodu od vnímání konkrétního k všeobecnějšímu. Ve věku 10 – 11 let je schopnost percepce zhruba na stejné úrovni jako u dospělého člověka. Nejdéle se objevují potíže ve vnímání času a chápání prostorových vztahů (Langmeier, Krejčířová 2006; Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010).

Ve všech složkách vnímání spatřujeme výrazné pokroky, obzvláště v oblasti zrakové a sluchové percepce. Školák je pozornější, vytrvalejší, vše pečlivě prozkoumává a ve svém vnímání již není tolik závislý na svých momentálních přáních (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V oblasti **zrakové percepce** dochází k rozvoji vizuální analýzy a syntézy, což umožňuje dítěti vnímat celek jako soubor detailů, mezi kterými jsou určité vztahy. Rozvíjí se také úroveň senzomotorické koordinace, která je potřebná pro školní práci. Ve složce **sluchové percepce** pozorujeme rozvoj fonemického sluchu a fonemického vědomí (Vágnerová, 2005).

4.2.2 Představivost

Představivost - schopnost, která umožňuje vybavení dřívějších vjemů v paměti - v tomto vývojovém období dosahuje vrcholu. Dítě stále častěji proniká do životní reality, dokáže již rozlišovat mezi skutečností a fantazií (Langmeier, Krejčířová, 2006). Představy jsou konkrétní, živé a většinou úzce spojené s tím, co školák bezprostředně prožil. Proto je důležité, aby dítě vyrůstalo v dostatečně podnětném prostředí. Bohatost představ souvisí nejen se školní úspěšností dítěte, ale i s rozvojem myšlení. Fantazie může představy obohacovat nebo různě kombinovat a přetvářet, ovšem u mladšího školáka je do určité míry potlačena skutečností (Trpišovská, 1998).

Úmyslná, záměrná představivost je rozvíjena školní prací. Petrová (in Šimíčková-Čížková a kol., 2010) považuje přechod od běžného vzniku představ ke schopnosti záměrně vyvolávat potřebné představy za důležitý moment.

4.2.3 Paměť

V souvislosti se zráním organismu a pod vlivem školní stimulace dochází mezi 6 - 12 lety k intenzivnímu rozvoji paměťových funkcí. V počáteční fázi mladšího školního věku převažuje neúmyslná, mechanická paměť, pro kterou je typická úzká spjatost s vnímáním. Postupně se stále více začíná uplatňovat záměrné zapamatování, racionalita a logický úsudek. U mladšího školáka také narůstá kapacita paměti (Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010; Vágnerová, 2005).

Fáze paměťových schopností u dětí mladšího školního věku dle Vágnerové (2005):

- **Mladší školáci (6 – 8 let)** – zatím se nedovedou učit, jejich paměť je mechanická, zapamatování informací je nevýběrové a často řízené momentálním zaujetím. Využívají pouze strategii opakování, pro kterou potřebují dané informace znovu vidět nebo slyšet. Opakování z paměti by nezvládly.

- **Děti středního školního věku** (9 – 11 let) – jejich sklon učit se mechanicky postupně oslabuje. K osvojení učiva začínají uplatňovat efektivnější postupy. Informace umí opakovat i z paměti, rozvíjí se vybavovací strategie.

4.2.4 Pozornost

Vývoj pozornosti podléhá dosaženému stupni zralosti centrální nervové soustavy. Pozornost je nástrojem k regulaci psychických aktivit, zvláště poznávacích procesů. Na začátku školní docházky se vyznačuje spontánností a krátkodobostí, neboť u školáků převládá vzruch nad útlumem, což způsobuje častější přerušování pozornosti. Děti ještě nejsou odolné vůči rušivým elementům z okolí, avšak v průběhu vývoje se tato odolnost zvyšuje. Neschopnost koncentrovat pozornost bývá často příčinou školních nezdaru (Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010; Vágnerová, 2005).

U mladších školáků je nutné akceptovat jejich rozsah pozornosti. Ještě nejsou schopni soustředit se na větší množství podnětů, také nedokážou svou pozornost rozdělovat, neboť některé činnosti zůstávají zatím neautomatizované (Trpišovská, 1998). Udržet záměrnou pozornost je velmi náročné. Sedmileté dítě se dokáže soustředit zhruba 7 – 10 minut, dítě desetileté 10 – 15 minut. Délku záměrné pozornosti lze ovlivnit vhodně zorganizovanou školní výukou, například zařazením rozmanitých, často střídajících se forem práce, oddechových chvil nebo využitím alternativních vyučovacích metod, postupů či hrových prvků apod. (Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010; Vágnerová, 2005).

4.2.5 Myšlení

Školní činnosti a osobnost učitele značně ovlivňují rozvoj myšlení. Piaget (1996, 1970 in Vágnerová, 2005) označuje toto období, trvající do 11 – 12 let, **fází konkrétních logických operací**, neboť logické usuzování je i nadále spjato s konkrétními věcmi, jevy a obsahy, jež si může školák názorně představit.

Trpišovská (1998) uvádí, že u mladšího školáka probíhá vývoj myšlení ve dvou fázích. V počáteční fázi, která odpovídá zhruba prvním dvěma rokům školní docházky, je myšlenková činnost ještě na úrovni předškolního dítěte. Učivo je nutné konkretizovat, žáci při osvojování učební látky vycházejí ze skutečných předmětů či jejich reálných zobrazení. Převažuje myšlení konkrétně – pojmové. Postupně se rozvíjí schopnost žáků abstrahovat od konkrétního, čímž přichází druhá fáze myšlení.

4.2.6 Řeč

Obohacení řeči probíhá současně s rozvojem myšlení. Právě řeč je nevyhnutelnou podmínkou pro rozvoj abstraktního myšlení, neboť vyšší logické formy myšlení vznikají pouze na základě řeči. Co se týče slovní zásoby, skladby řeči nebo výslovnosti objevujeme mezi dětmi velké individuální rozdíly vycházející z osobnostních dispozic a ze stimulace okolního prostředí. Při vstupu do školy dítě ovládá praktickou znalost českého jazyka a v průběhu školní docházky dochází k osvojování čtení a psaní, jež se významnou měrou podílí na celkovém rozvoji řeči (Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010; Trpišovská, 1998). Podle Hurlockové zná dítě na počátku školní docházky průměrně 20 000 slov (In Langmeier, Krejčířová, 2006).

„Ve školním věku roste výrazně slovní zásoba, délka a složitost vět a souvětí a celá stavba vět i užití gramatických pravidel celkově postupují na vyšší úroveň – jistě také vlivem formálního učení ve škole“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 122). Významný pokrok se objevuje i v artikulační oblasti, kdy dochází vlivem školní docházky ke spontánnímu zlepšení výslovnosti hlásek.

4.3 Emocionální a sociální vývoj

V souvislosti se zráním centrální nervové soustavy a celkově celého dětského organismu dochází ke zvýšení emoční stability a odolnosti vůči zátěži. Erikson toto období nazývá fází citové vyrovnanosti. Dochází k rozvoji emoční inteligence, děti lépe chápou své pocity, rovněž rozlišení kvality, intenzity a délky citů je přesnější (Vágnerová, 2005).

City školáka již nejsou tolik afektivní, jak tomu bylo v předešlém vývojové období. Diferencují se a dostávají se pod vědomou kontrolu, své vnější projevy žák více kontroluje a ovládá. V 8. – 10. roce nastává období citové stability, dítě do značné míry zvládne usměrnit projevy nálad, spokojenosti či nespokojenosti (Kuric, Vašina, 1987).

Dále dochází ke změnám u geneze strachu. Školák se postupně přestává bát vymyšlených předmětů a bytostí. Pocit strachu se nyní orientuje na reálné situace (strach o osud rodičů, strach z trestu,...). Afektivní reakce na hněv se zmírňují, přímé projevy agrese jsou potlačovány. City žárlivosti mohou vznikat jednak v rodině, kdy dítě nejčastěji žárlí na svého sourozence, který je rodičům přednější, tak i ve škole, kde je předmětem žárlivosti úspěšnější spolužák. V chování školáka se začínají stále více uplatňovat vyšší city estetické, intelektuální a mravní (Kuric, Vašina, 1987; Trpišovská, 1998).

Morální vývoj velmi ovlivňují výchovné postupy a způsoby interakce mezi jednotlivými členy rodiny. Dítě se silně citově upoutalo na svou rodinu, od které přebírá hodnotový systém i postoje. Postupně si vytváří kladné mravní vlastnosti (Petrová in Šimíčková-Čížková a kol., 2010).

Vlivem vrstevnické skupiny se u mladšího školáka diferencuje schopnost **sociálního porozumění**, neboť právě ve školní třídě se žák učí přijmout odlišné názory, přání a potřeby různých lidí. Souběžně se sociálním porozuměním dochází k rozvoji seberegulace, což vede k tomu, že dítě dokáže lépe porozumět svým vlastním pocitům v dané situaci a zároveň bere ohled i na očekávání, požadavky a postoje sociálního okolí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Z hlediska **sociálních vztahů** dítěte si při vstupu do školy udržuje dominantní postavení učitel. Ten představuje pro žáky osobnost, kterou obdivují, respektují a ke které vzhlíží. Žákům zpočátku dokonce záleží více na přízni učitele než spolužáků. Učitel je ideálem moudrosti, ztělesněním autority a moci. Ovšem později v souvislosti s narůstajícím kritickým myšlením začíná v dětských očích pedagoga autorita klesat a stále více narůstá vliv vrstevnické skupiny. Postupně se začínají budovat vzájemné vztahy mezi dětmi, ve třídě dochází k diferenciaci sociálních vztahů a rolí. Na formování dětské osobnosti má podstatný vliv rozvoj sebevědomí. To narůstá v případě, že se žák svými výkony vyrovná vrstevníkům a rovněž zaujme přijatelnou sociální pozici ve skupině (Trpišovská, 1998).

Rozvoj **volních procesů** probíhá v procesu činnosti, obzvláště v činnosti učební, hrové a v plnění mimoškolních pracovních úkonů. Začne-li dítě s určitou aktivitou, je nutné, aby ji dokončilo. Vůle se vytváří pouze při boji s překážkami a při jejich překovávání. Z toho důvodu není dobré, když dítě chráníme před určitými těžkostmi, s kterými by se již vypořádalo samo (Kuric, Vašina, 1987).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření

Praktická část naší diplomové práce se zaměřuje na dvě nejčastěji se vyskytující legální drogy mezi dětmi a mládeží - alkohol a nikotin. V současnosti se udává, že s těmito návykovými látkami nezletilí experimentují ve stále nižším věku. V České republice i ve světě můžeme dohledat velké množství výzkumů zabývajících se užíváním alkoholu a nikotinu u žáků na druhém stupni základní školy, ovšem s výzkumným šetřením, které by bylo zacílené už na žáky 1. stupně, se setkáme výjimečně. Proto jsme se rozhodli takový výzkum realizovat.

Jelikož jsme k zodpovězení stanovených výzkumných otázek (dále VO) potřebovali získat větší množství dat a v relativně krátkém časovém období, bylo pro nás nejvýhodnější, orientovat výzkum kvantitativně a použít metodu dotazníkového šetření. Chráska s Kočvarovou (2014, s. 7) vystihují podstatu kvantitativních výzkumů následovně: *„Tyto výzkumy vycházejí z pozitivismu (resp. novopozitivizmu) a jejich charakteristickým rysem je úsilí o získávání nových poznatků, které jsou nezávislé na názorech, přáních či postojích badatele.(...) Kvantitativně orientovaný pedagogický výzkum ovšem usiluje nejen o objektivní popis reality, ale zejména o postižení vztahů mezi pedagogickými jevy.“*

5.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavní cíl výzkumného šetření, tedy zmapování informovanosti žáků o alkoholu a nikotinu, a zachycení případných zkušeností s užíváním těchto legálních drog mezi žáky 4. a 5. ročníků, jsme pro účely naší práce dále rozpracovali na jednotlivé dílčí cíle, které odpovídají stanoveným výzkumným otázkám.

Dílčí cíle praktické části diplomové práce:

- ✓ zjistit informovanost žáků o alkoholu a nikotinu na jednotlivých školách (VO 1),
- ✓ zjistit míru participace škol na preventivních aktivitách (VO 2),
- ✓ zjistit preventivní působení rodičů v oblasti alkoholu a nikotinu (VO 3),
- ✓ zmapovat zkušenosti žáků s alkoholem a nikotinem podle typů škol (VO 4),
- ✓ zmapovat zkušenosti žáků s alkoholem a nikotinem podle pohlaví (VO 5).

Stanovené výzkumné otázky:

VO 1: Mají žáci navštěvující ZŠ město více informací o alkoholu a nikotinu než žáci ze ZŠ vesnice?

VO 2: V jaké míře informuje škola své žáky o drogách, včetně alkoholu a nikotinu?

VO 3: Jsou rodiče iniciátory rodinné prevence?

VO 4: Mají žáci z městské základní školy více zkušeností s užíváním alkoholu a nikotinu než žáci ze školy vesnické?

VO 5: Mají více zkušeností s užíváním alkoholu a nikotinu chlapci než dívky?

5.2 Popis metody výzkumného šetření

Výzkumná metoda představuje všeobecný název procedury, se kterou se pracuje při výzkumu. Pro každou výzkumnou metodu, může realizátor šetření vytvořit konkrétní výzkumný nástroj (Gavora, 2000).

Pro náš výzkum jsme vybrali metodu dotazníkového šetření a zhotovili konkrétní podobu dotazníku (viz *Příloha 1*), který byl následně předložen žákům 4. a 5. ročníků vybraných škol.

Gavora (2002) dále připomíná, že dotazník představuje způsob písemného kladení otázek, při kterém výzkumník získává písemné odpovědi. Jedná se o velmi frekventovaný výzkumný nástroj. Chráska (2007, s. 163 - 164) však upozorňuje, že „*Dotazníkové metodě bývá často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti (pedagogická realita) skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe (pedagogickou realitu) vidí, nebo chtějí, aby byli viděni.*“

Struktura dotazníku

V úvodní části dotazníku jsme žákům objasnili, proč je žádáme o pomoc a k čemu poskytnuté informace budou sloužit. Dále jsme uvedli stručné instrukce k vyplnění a zmínili se o naprosté anonymitě. Pod průvodní text jsme umístili položky zjišťující demografické údaje (pohlaví, název školy, třída a věk). Samotný dotazník se skládal z 20 otázek, z nichž byla většina uzavřených (otázky č. 1 - 3, 5 - 14 a 17 - 19) a menší počet polouzavřených (otázka č. 4, 15, 16, 20). U každé otázky mohli žáci vybrat pouze jednu možnost.

5.3 Průběh výzkumného šetření

Před realizací výzkumného šetření byl proveden předvýzkum, kterého se zúčastnili dva žáci čtvrtého a dva žáci pátého ročníku. Tito žáci navštěvují základní školu v místě bydliště autorky diplomové práce. Předvýzkumem jsme chtěli ověřit srozumitelnost otázek a určit dobu potřebnou k vyplnění dotazníku. Potíže jsme zaznamenali u otázky číslo 12, která byla následně upravena. Dotazník žáci vyplňovali přibližně 15 minut.

Samotné výzkumné šetření probíhalo ve školním roce 2015/2016, konkrétně v měsíci květnu. Na základní škole ve městě byl po domluvě s paní zástupkyní výzkum realizován třídními učitelkami. Dotazníky jsme do školy doručili společně s instrukcemi k vyplnění a domluvili se na termínu následného vyzvednutí. Vedení vesnické základní školy nám umožnilo realizovat dotazníkové šetření osobně. Telefonicky jsme se s paní zástupkyní domluvili na termínu. K vyplňování dotazníků nám byly vyhrazeny první dvě vyučovací hodiny. Oba páté ročníky jsme navštívili v průběhu první hodiny, žáci čtvrtých tříd vyplňovali dotazník ve druhé vyučovací hodině. V každé třídě jsme se představili, stručně objasnili cíl diplomové práce a před rozdělením dotazníků jsme sdělili pokyny k vyplnění. Žáci byli ujištěni o naprosté anonymitě dotazníku, případné dotazy byly žákům ihned zodpovídány. Celková doba vyplňování včetně sdělení instrukcí nepřesáhla v žádné třídě 20 minut.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Do dotazníkového šetření se zapojily dvě školy v Olomouckém kraji ležící v odlišných lokalitách – město, vesnice. Náš výzkumný soubor byl tvořen 148 žáky čtvrtých a pátých ročníků ve věku 9 – 12 let, kteří navštěvují jednu z výše zmíněných základních škol. Z důvodu chybného vyplnění jsme však museli tři dotazníky vyřadit. Celkově jsme tedy data vyhodnocovali ze 145 dotazníků.

Poměr dotazovaných na ŽŠ město (65) a ŽŠ vesnice (80) vidíme na *Grafu 1* a celkový poměr chlapců (70) a dívek (75) názorně zobrazuje *Graf 2*.

Vzhledem k povaze zjišťovaných otázek si obě zástupkyně ředitele přály, aby jejich škola zůstala v anonymitě. Z tohoto důvodu budeme v diplomové práci používat označení **ZŠ město** a **ZŠ vesnice**. Nyní uvedeme stručný popis základních škol, na kterých výzkumné šetření probíhalo:

Charakteristika ZŠ město

Budova školy se nachází v samotném centru města Olomouc. Jedná se o plně organizovanou základní školu s celkovou kapacitou 600 žáků. Součástí budovy jsou mimo kmenové třídy také odborné učebny, tělocvična, sál, školní družina, jídelna a rovněž jedna třída mateřské školy. Škola nabízí rozšířenou výuku výtvarné výchovy.

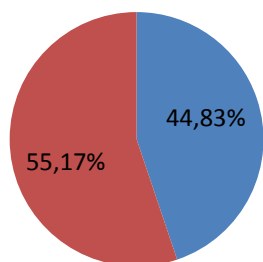
Zástupkyně základní školy byla velice milá a ochotná, s realizací výzkumného šetření ihned souhlasila. Vyplňování dotazníků probíhalo pod dohledem třídních učitelek. Celkově se na této škole do výzkumného šetření zapojilo pouze 65 žáků, z toho 37 dívek a 28 chlapců, neboť ve školním roce 2015/2016 byly z kapacitních důvodů naplněny pouze tři třídy - 4. A, 4. B a 5. A. Složení respondentů na ZŠ město názorně zobrazuje *Graf 3*.

Charakteristika ZŠ vesnice

Škola se nachází na vesnici vzdálené přibližně 10 km od Olomouce. Žáci zde mohou navštěvovat všech devět postupných ročníků. Školní areál tvoří dvě propojené budovy, ve kterých najdeme základní školu, mateřskou školu a školní družinu. Každému žákovi je umožněno zdarma docházet do zájmových kroužků (florbal, keramika, logopedie, sportovní hry, stolní tenis, recitační reedukace apod.).

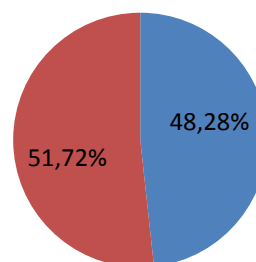
Telefonicky jsme kontaktovali zástupkyni školy, která výzkumné šetření uvítala s nadšením. Výzkum byl realizován osobně autorkou diplomové práce, paní zástupkyně nás mile přivítala a v případě potřeby nám vždy byla nápomocna. Dotazníky jsme rozdávali ve 4. A, 4. B, 5. A a 5. B. Celkově se na této škole do výzkumného šetření zapojilo 80 žáků, z toho 38 dívek a 42 chlapců. Rozložení respondentů na ZŠ vesnice uvádí *Graf 4*.

■ ZŠ město ■ ZŠ vesnice



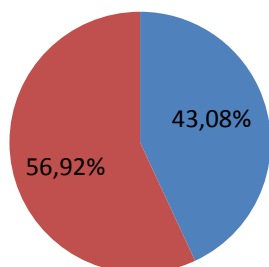
Graf 1 – respondenti celkem – ZŠ město a ZŠ vesnice

■ Chlapci ■ Dívky



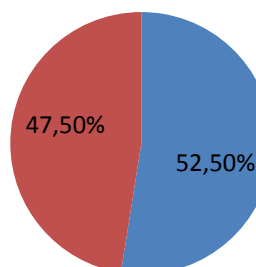
Graf 2 – respondenti celkem – chlapci a dívky

■ Chlapci ■ Dívky



Graf 3 – respondenti ZŠ město

■ Chlapci ■ Dívky



Graf 4 – respondenti ZŠ vesnice

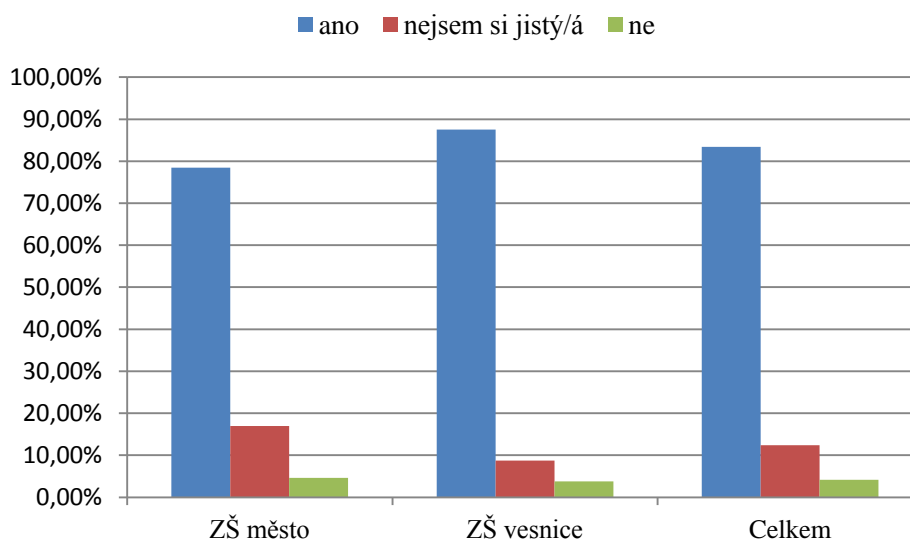
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|----------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| Dívky | 37 | 56,92 | 38 | 47,50 | 75 | 63,45 |
| Chlapci | 28 | 43,08 | 42 | 52,50 | 70 | 36,55 |
| Celkem | 65 | 100,00 | 80 | 100,00 | 145 | 100,00 |

Tabulka 5 – respondenti dotazníkového šetření

5.5 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku

Pro interpretaci dat a následné porovnání byly vytvořeny čtyři podskupiny – **ZŠ město**, **ZŠ vesnice**, **Chlapci** a **Dívky**. Ke každému grafu byla vytvořena příslušná tabulka, kde rovněž uvádíme shrnutí odpovědí od všech respondentů (**Celkem**). Okruh otázek týkajících se informovanosti žáků (otázky č. 1 – 9) byl vyhodnocen z pohledu vesnické a městské školy. Okruh zjišťující preventivní přístup rodičů (otázky č. 10 – 12) jsme vyhodnotili z celkového počtu všech respondentů. V posledním okruhu jsme se snažili zachytit případné zkušenosti žáků s alkoholem a nikotinem (otázky č. 13 – 20). Tyto otázky byly hodnoceny z pohledu všech vytvořených podskupin.

Otázka č. 1 – Víš, co jsou to drogy?



Graf 5 – povědomí o drogách

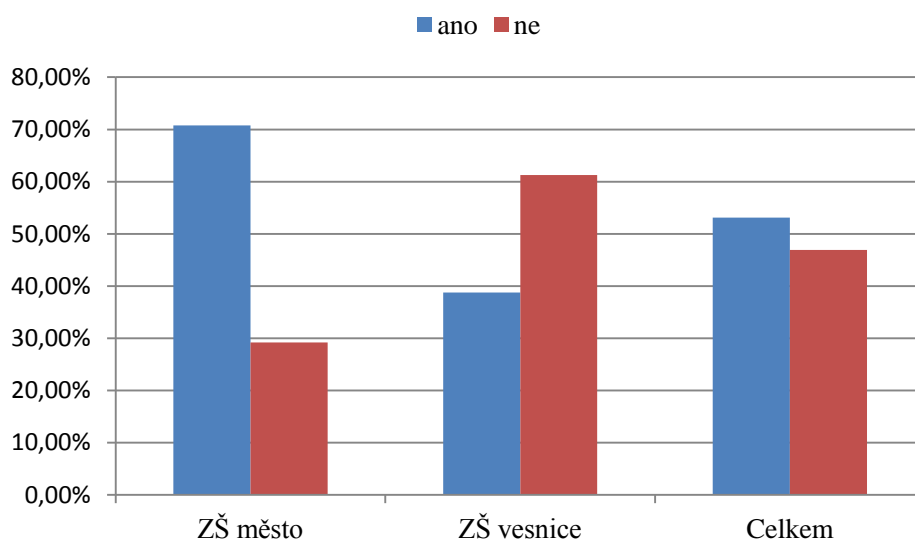
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|--------------------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 51 | 78,46 | 70 | 87,50 | 121 | 83,45 |
| nejsem si jistý/á | 11 | 16,92 | 7 | 8,75 | 18 | 12,41 |
| ne | 3 | 4,62 | 3 | 3,75 | 6 | 4,14 |

Tabulka 6 – povědomí o drogách

Celkem uvedlo 121 žáků (83,45 %), že ví, co jsou drogy, jistých si nebylo 18 respondentů (12,41 %) a 6 dětí (4,14 %) vůbec nevědělo, co si pod tímto pojmem představit.

Při porovnání znalostí na ZŠ město a ZŠ vesnice v tabulce vidíme, že žáci navštěvující základní školu na vesnici mají větší povědomí o tom, co jsou drogy. Kladně odpovědělo 70 žáků (87,5 %) na vesnici a 51 žáků (78,46 %) ve městě. Odpověď *nejsem si jistý/á* zvolilo 11 dětí (16,92 %) ze ZŠ město a 7 žáků (8,75 %) ze ZŠ vesnice. Možnost *ne* vybrali 3 žáci (4,62 %) z městské školy a 3 žáci (3,75 %) ze základní školy na vesnici.

Otázka č. 2 – Bavili jste se ve škole o rizicích spojených s pitím alkoholu?



Graf 6 – informovanost ve škole – alkohol

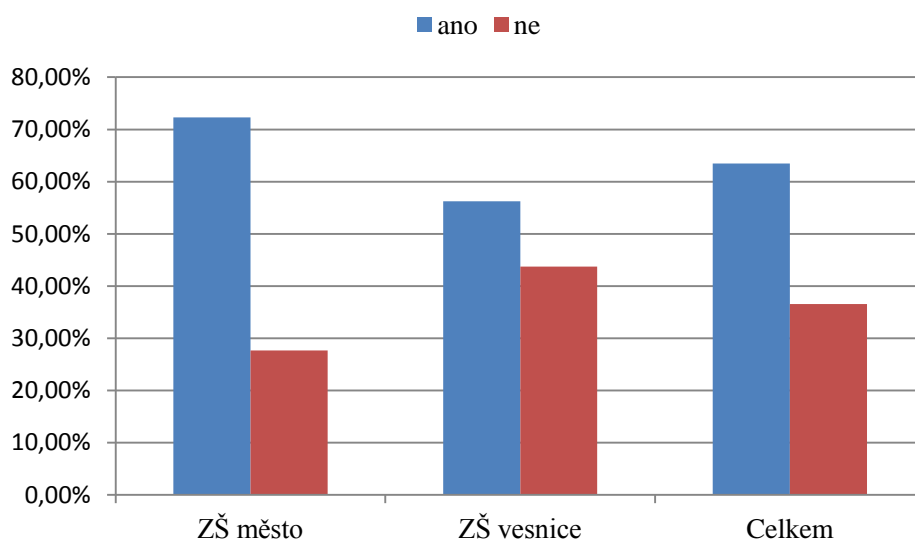
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 46 | 70,77 | 31 | 38,75 | 77 | 53,10 |
| ne | 19 | 29,23 | 49 | 61,25 | 68 | 46,90 |

Tabulka 7 – informovanost ve škole – alkohol

Celkem uvedlo 77 žáků (53,1 %), tedy větší polovina dotazovaných, že byli ve škole poučeni o rizicích spojených s konzumací alkoholu. Tento počet považujeme za velmi nízký, neboť výzkumy mapující zkušenosti žáků s alkoholovými drogami poukazují na neustále se snižující věkovou hranici prvotní konzumace alkoholu. Školy by rozhodně neměly tyto preventivní aktivity na 1. stupni podceňovat.

Z respondentů navštěvujících městskou základní školu uvádí 46 žáků (70,77 %), že bylo ve škole s problematikou užívání alkoholu obeznámeno, naopak 19 žáků (29,23 %) si na preventivní program zaměřený na rizika spojená s konzumací alkoholu nevzpomíná. Zarážející je, že pouze 31 respondentů (38,75 %) ze základní školy na vesnici dostalo poučení o škodlivosti užívání alkoholu.

Otázka č. 3 – Bavili jste se ve škole o rizicích spojených s kouřením cigaret?



Graf 7 – informovanost ve škole – nikotin

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 47 | 72,31 | 45 | 56,25 | 92 | 63,45 |
| ne | 18 | 27,69 | 35 | 43,75 | 53 | 36,55 |

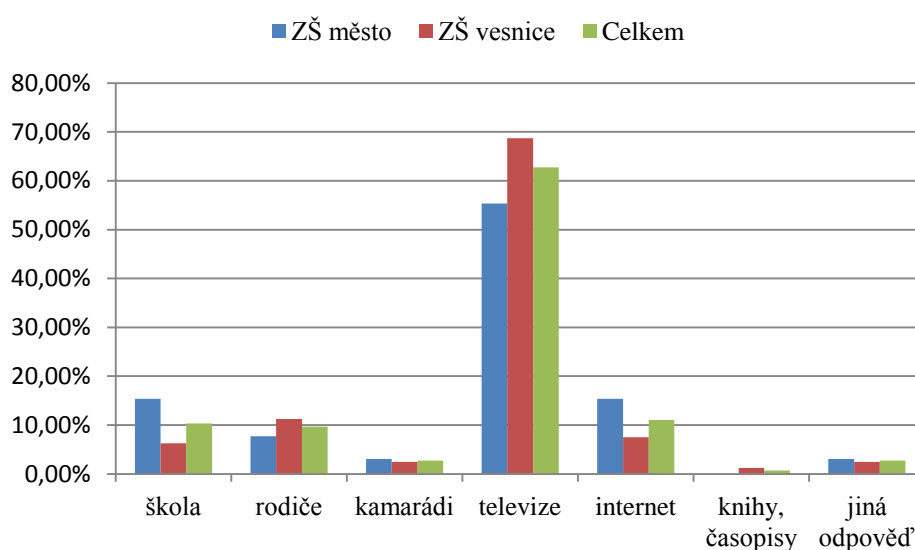
Tabulka 8 – informovanost ve škole – nikotin

Věková hranice první zkušenosti s kouřením cigaret, stejně jako s konzumací alkoholu, se neustále snižuje, z toho důvodu by školy měly realizovat preventivní programy, které by poučily žáky o škodlivosti a rizicích spojených s těmito návykovými látkami již na prvním stupni základní školy.

Z našeho výzkumu vyplývá, že z celkového počtu všech respondentů uvedlo 92 žáků (63,45 %), že se touto problematikou ve škole zabývali.

Výsledky výzkumu mezi jednotlivými školami ukazují, že žáci z městské školy jsou více seznamováni s riziky užívání tabáku než respondenti navštěvující školu na vesnici. Celkově potvrdilo informovanost v této problematice 47 (72,31 %) městských žáků a 45 respondentů (56,25 %) ze školy vesnické.

Otázka č. 4 – Odkud získáváš nejvíce informací o drogách?



Graf 8 – zdroje informací o drogové problematice

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| škola | 10 | 15,38 | 5 | 6,25 | 15 | 10,34 |
| rodiče | 5 | 7,69 | 9 | 11,25 | 14 | 9,66 |
| kamarádi | 2 | 3,08 | 2 | 2,50 | 4 | 2,76 |
| televize | 36 | 55,38 | 55 | 68,75 | 91 | 62,76 |
| internet | 10 | 15,38 | 6 | 7,50 | 16 | 11,03 |
| knihy, časopisy | 0 | 0,00 | 1 | 1,25 | 1 | 0,69 |
| jiná odpověď | 2 | 3,08 | 2 | 2,50 | 4 | 2,76 |

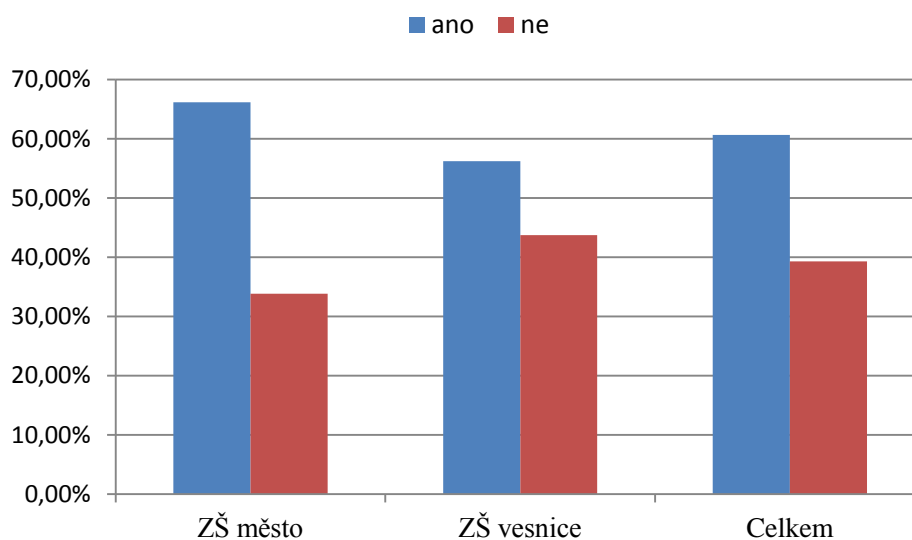
Tabulka 9 – zdroje informací o drogové problematice

Z celkového počtu všech odpovědí jsme zjistili, že nejvíce informací o drogách získávají dotazovaní z televize. Tuto možnost zvolilo 91 žáků (62,76 %), druhou nejčastější odpovědí byl internet, který vybralo 16 žáků (11,03 %) a až na třetím místě se umístila škola, jež byla volena 15 žáky (10,34 %). Pouze jedna dívka (0,69 %) se zmínila, že informace o drogách získává z knih či časopisů. K možnosti jiná odpověď 4 žáci (2,76 %) vypsali, že informace nezískávají nikde.

Na městské škole rovněž jednoznačně převládá informační zdroj v podobě televize. Tuto možnost vybralo 36 žáků (55,38 %). Internet spolu se školou, se stal druhou nejčastěji volenou variantou, na které se shodlo vždy 10 respondentů (15,38 %). Rodiče ve městě informují své děti pouze v 5 případech (7,69 %). Rovněž ve škole na vesnici se stala

největším zdrojem informací televize, kterou zde zmínilo 55 respondentů (68,75 %). Možnost *rodiče* zvolilo 9 žáků (11,25 %) a škola byla zmiňována v 5 případech (6,25 %). Vždy dva žáci (2,5 %) vybrali buď odpověď *kamarád* nebo *jiná odpověď*, ke které připsali, že informace nezískávají nikde. 1 respondent (1,25 %) uvedl, že nejvíce informací o drogách získává z knih a časopisů.

Otázka č. 5 – Je podle tebe alkohol droga?



Graf 9 – alkohol jako droga

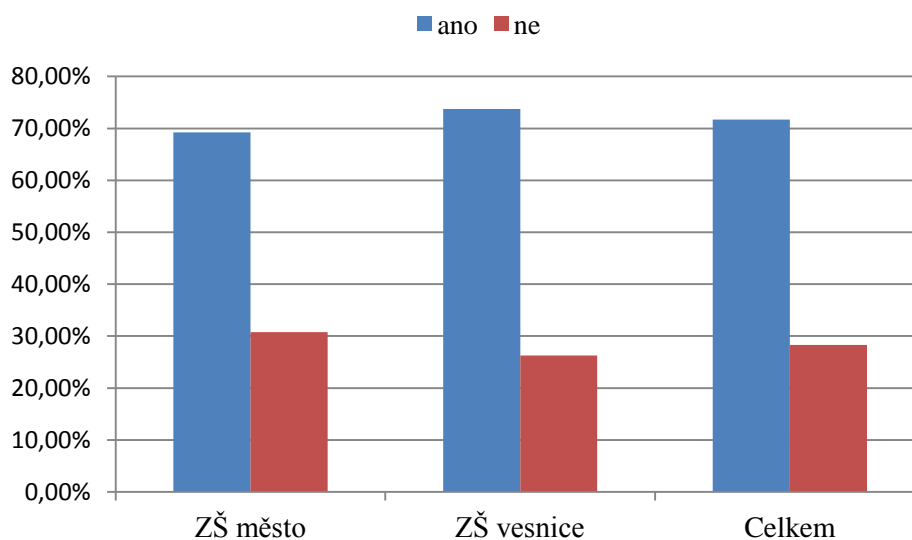
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 43 | 66,15 | 45 | 56,25 | 88 | 60,69 |
| ne | 22 | 33,85 | 35 | 43,75 | 57 | 39,31 |

Tabulka 10 – alkohol jako droga

Z celkového počtu všech respondentů, uvedlo správnou odpověď, tedy že alkohol je droga, pouhých 88 žáků (60,69 %). Zbývajících 57 žáků (39,31 %) je přesvědčeno o opaku.

Žáci městské školy odpověděli správně ve 43 případech (66,15 %) a byli tedy úspěšnější než respondenti navštěvující školu na vesnici, neboť na ZŠ vesnice uvedlo správnou odpověď 45 žáků (56,25 %).

Otázka č. 6 – Je podle tebe cigareta droga?



Graf 10 – cigareta jako droga

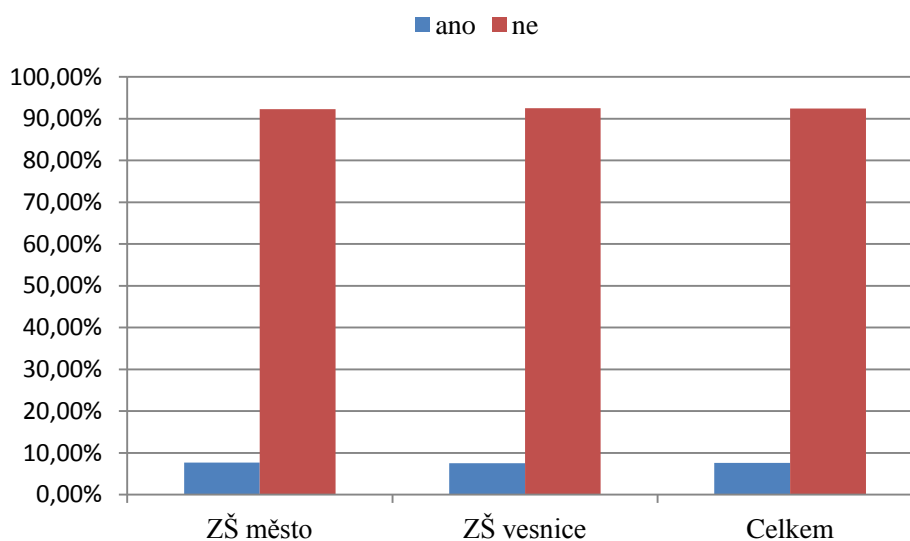
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 45 | 69,23 | 59 | 73,75 | 104 | 71,72 |
| ne | 20 | 30,77 | 21 | 26,25 | 41 | 28,28 |

Tabulka 11 – cigareta jako droga

V této otázce si celkově všichni žáci vedli lépe, než v otázce předešlé. Správnou odpověď, cigarety jsou droga, uvedlo ze všech dotazovaných 104 žáků (71,72 %).

V porovnání mezi jednotlivými školami dosáhli lepších výsledků žáci navštěvující ZŠ na vesnici, kde správnou odpověď uvedlo 59 dotazovaných (73,75 %). Ve městě označilo cigaretu za drogu 45 žáků (69,23 %).

Otázka č. 7 – Myslíš si, že je snadné přestat pít alkohol a kouřit cigarety?



Graf 11 – odvykání pití a kouření

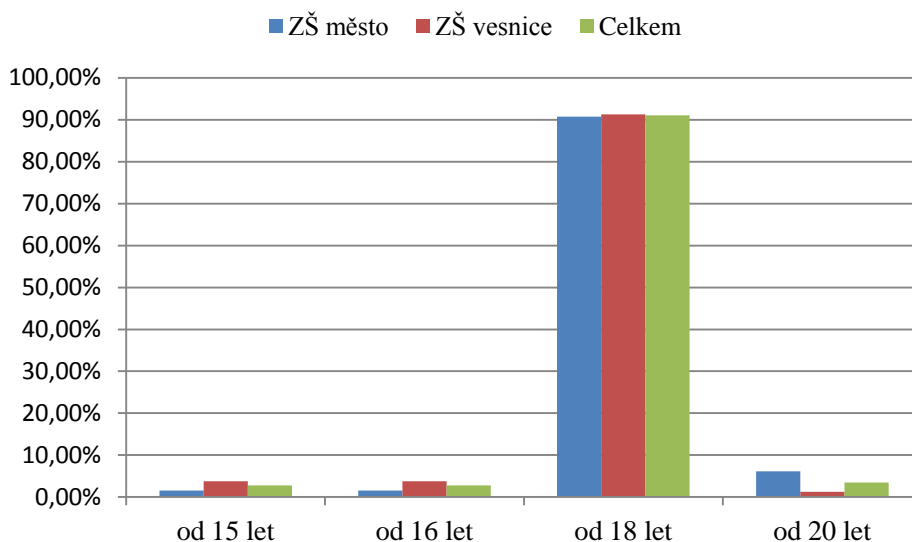
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 5 | 7,69 | 6 | 7,50 | 11 | 7,59 |
| ne | 60 | 92,31 | 74 | 92,50 | 134 | 92,41 |

Tabulka 12 – odvykání pití a kouření

Celkově uvedlo 134 dotazovaných (92,41 %), že zbavit se závislosti na těchto návykových látkách není jednoduché. Tento výsledek nás mile překvapil. Domnívali jsme se, že větší procento žáků bude přesvědčeno o opaku.

Výsledky na jednotlivých školách dopadly téměř shodně. Na městské škole volilo správnou odpověď 60 respondentů (92,31 %) a na škole vesnické vybralo možnost *ne* 74 dětí (92,5 %).

Otázka č. 8 – Od kolika let je v České republice dovoleno pít alkohol a kouřit cigarety?



Graf 12 – legální věk ke konzumaci alkoholu a kouření cigaret

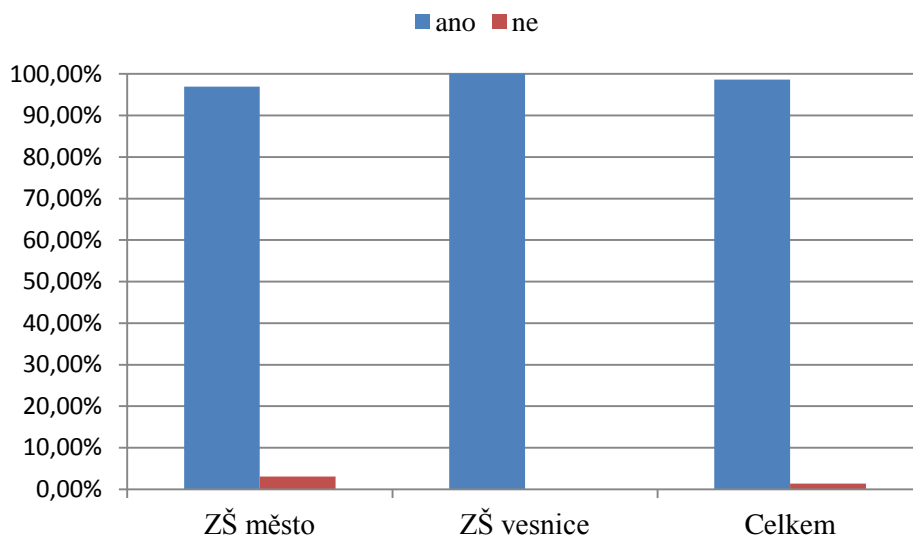
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------------|----------|-------|------------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| od 15 let | 1 | 1,54 | 3 | 3,75 | 4 | 2,76 |
| od 16 let | 1 | 1,54 | 3 | 3,75 | 4 | 2,76 |
| od 18 let | 59 | 90,77 | 73 | 91,25 | 132 | 91,03 |
| od 20 let | 4 | 6,15 | 1 | 1,25 | 5 | 3,45 |

Tabulka 13 – legální věk ke konzumaci alkoholu a kouření cigaret

Celkově odpovědělo správně 132 žáků (91,03 %). 5 dětí (3,45 %) zvolilo možnost *od 20 let*, ostatní odpovědi byly vybrány vždy čtyřmi respondenty (2,76 %).

Žáci vesnické základní školy dosáhli v porovnání s městskou školou lepších výsledků, rozdíl je však minimální. Správně odpovědělo 73 dotazovaných (91,25 %) z vesnické školy a 59 žáků (90,77 %) ze školy ve městě.

Otázka č. 9 – Myslíš si, že kouření cigaret škodí zdraví?



Graf 13 – škodlivost kouření

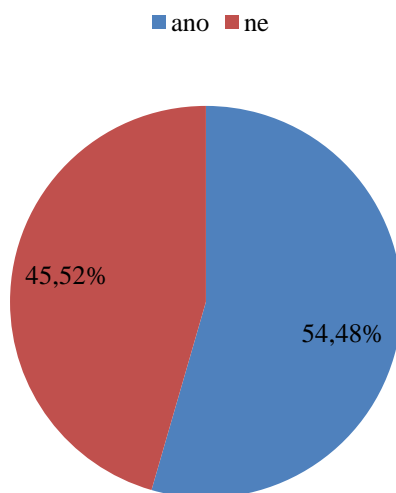
| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Celkem | |
|------------|----------|-------|------------|--------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano | 63 | 96,92 | 80 | 100,00 | 143 | 98,62 |
| ne | 2 | 3,08 | 0 | 0,00 | 2 | 1,38 |

Tabulka 14 – škodlivost kouření

Na dotaz, zda je kouření cigaret škodlivé, jsme dostali téměř ve všech případech správnou odpověď. Tato otázka se stala jednou z nejlépe zodpovězených. Z celkového počtu všech dotazovaných jsme zaznamenali správnou odpověď ve 143 odpovědích (98,62 %).

Velmi kladně hodnotíme vesnickou základní školu, na které se ani jeden žák nezmýlil, tudíž vědělo o negativních účincích nikotinu na lidský organismus všech 80 dětí (100 %). Ve městě uvedlo správnou odpověď 63 dotazovaných (96,92 %).

Otázka č. 10 – Povídáš si s rodiči o nebezpečnosti pití alkoholu, kouření cigaret?



Graf 14 – poučení od rodičů – alkohol a cigarety

| | Celkem | |
|------------|--------|-------|
| | počet | % |
| ano | 79 | 54,48 |
| ne | 66 | 45,52 |

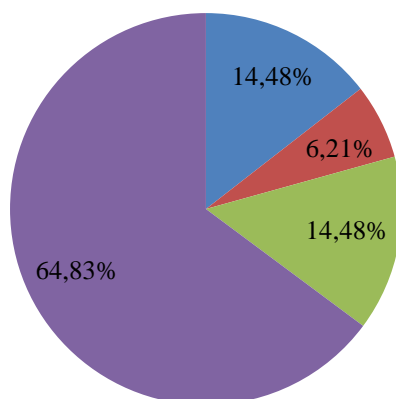
Tabulka 15 – poučení od rodičů – alkohol a cigarety

Tímto dotazem jsme zjišťovali, jak přistupují k prevenci dnešní rodiče. Chtěli jsme vědět, zda se svými dětmi mluví o škodlivosti a rizicích spojených s kouřením cigaret a konzumací alkoholu. Rodina sehrává v oblasti preventivního působení na dítě jednu z nejdůležitějších rolí. Prevence užívání alkoholu a nikotinu je o to účinnější, pokud k ní dochází jak v rodinném, tak školním prostředí.

Poučení od rodičů o škodlivosti těchto návykových látek se bohužel dostává pouze 79 dětem (54,48 %), se zbývajících 66 žáky (45,52 %) rodiče o této problematice nemluví.

Otázka č. 11 – Kouří tvoji rodiče?

■ ano, oba ■ ano, matka ■ ano, otec ■ nekuřáci



Graf 15 – kouřící rodiče

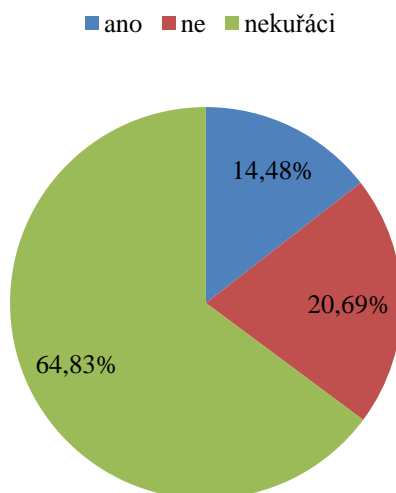
| | Celkem | |
|-------------------|--------|-------|
| | počet | % |
| ano, oba | 21 | 14,48 |
| ano, matka | 9 | 6,21 |
| ano, otec | 21 | 14,48 |
| nekuřáci | 94 | 64,83 |

Tabulka 16 – kouřící rodiče

Děti již velmi brzy, asi kolem 2. až 3. roku věku, pozorují a napodobují chování svých rodičů, kteří pro ně představují přirozený a samozřejmý vzor. Pokud rodiče dítěte kouří, hrozí riziko, že jejich potomek bude chápat kouření jako něco zcela běžného a normálního. Také se zvyšuje pravděpodobnost, že z dítěte se v budoucnosti stane kuřák (Hrubá, 2013).

Ze 145 žáků, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, odpovědělo 21 respondentů (14,48 %), že oba rodiče kouří. Matku kuřačku má 9 žáků (6,21 %) a otec kuřák se objevuje u 21 dětí (14,48 %). Nadpoloviční většina žáků, tedy 94 (64,83 %), má rodiče nekuřáky.

Otázka č. 12 – Kouří tvoji rodiče v domě/v bytě?



Graf 16 – vystavení dítěte tabákovému kouři v domácnosti

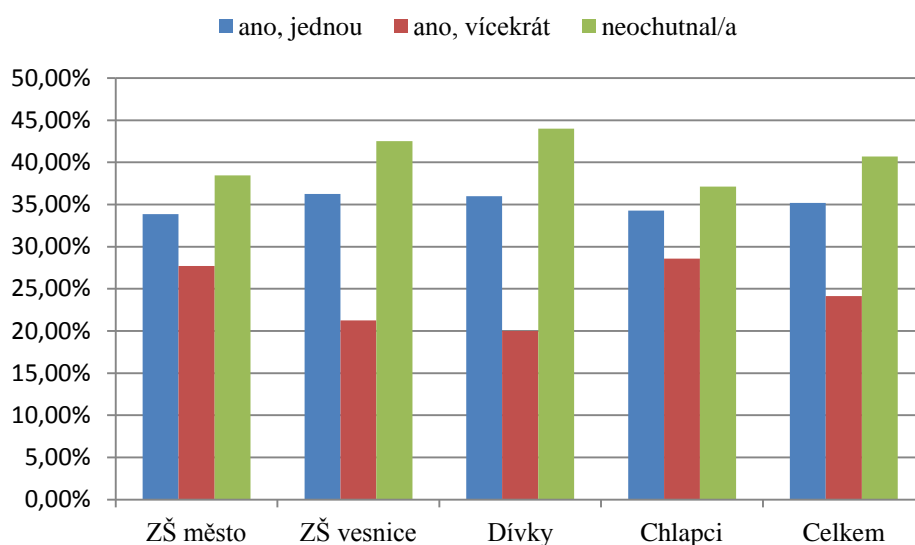
| | Celkem | |
|-----------------|--------|-------|
| | počet | % |
| ano | 21 | 14,48 |
| ne | 30 | 20,69 |
| nekuřáci | 94 | 64,83 |

Tabulka 17 – vystavení dítěte tabákovému kouři v domácnosti

Otázka zjišťuje, jaký počet dětí z našeho výzkumného souboru je v domácnosti vystaven pasivnímu kouření. Spousta kuřáků si vůbec neuvědomuje, že v tabákovém kouři je velké množství toxických látek, které škodí jednak jim, ale zvláště lidem v jejich okolí. Pasivní kouření nejvíce ohrožuje dětskou populaci.

Z celkového počtu všech dotazovaných uvedlo 21 žáků (14,48 %), že jejich rodiče kouří v domě, bytě. 30 žáků (20,69 %) má rodiče kuřáky, kteří jsou ohleduplní a neohrožují své děti tabákovým kouřem.

Otázka č. 13 – Ochutnal/a jsi někdy alkohol?



Graf 17 – zkušenosti s konzumací alkoholu

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|--------------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano, jednou | 22 | 33,85 | 29 | 36,25 | 27 | 36,00 | 24 | 34,29 | 51 | 35,17 |
| ano, vícekrát | 18 | 27,69 | 17 | 21,25 | 15 | 20,00 | 20 | 28,57 | 35 | 24,14 |
| neochutnal/a jsem | 25 | 38,46 | 34 | 42,50 | 33 | 44,00 | 26 | 37,14 | 59 | 40,69 |

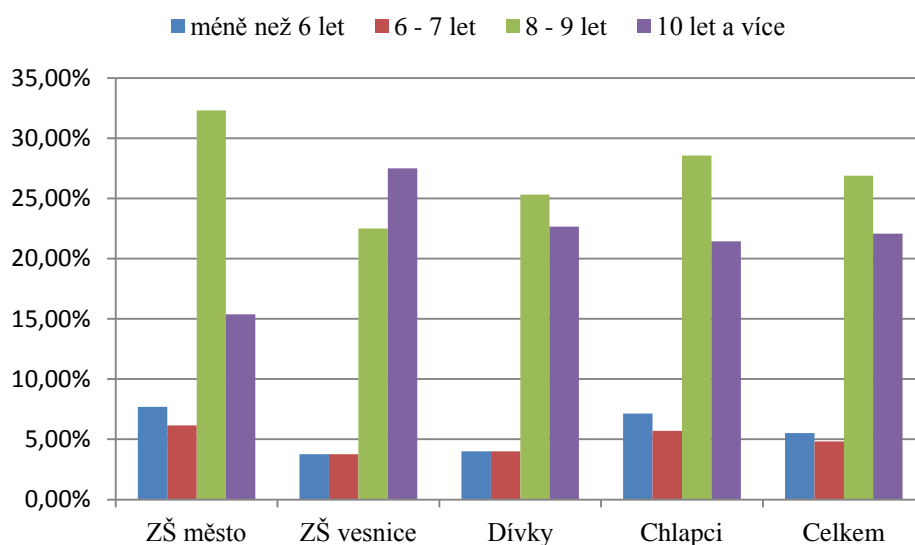
Tabulka 18 – zkušenosti s konzumací alkoholu

Z celkového počtu všech dotazovaných alkohol ochutnalo 86 žáků (59,31 %), z toho 51 dětí (35,17 %) ochutnalo jednou a 35 žáků (24,14 %) alkohol pilo vícekrát. Pouze 59 dotazovaných (40,69 %), což je méně než polovina, alkohol nikdy neochutnalo.

Na městské základní škole ochutnalo alkohol celkem 40 dotazovaných (61,54 %) a z toho jedenkrát ochutnalo 22 žáků (33,85 %) a opakovaně pilo 18 respondentů (27,69 %), vůbec se nenapilo pouze 25 dětí (38,46 %). Vesnická škola dopadla o něco lépe, alkohol tam neochutnalo 34 žáků (42,5 %), vícekrát konzumovalo alkoholický nápoj 17 dětí (21,25 %) a v jednorázové zkušenosti žáci na vesnici předčili městskou školu, neboť jedenkrát se napilo 29 dětí (36,25 %). Celkem na vesnické škole alkohol ochutnalo 38 dotazovaných (57,5 %).

Ve skupině chlapců a dívek pilo alkohol 44 chlapců (62,86 %) a 42 dívek (56 %). Dívky sice mají více jednorázových zkušeností, ale chlapci častěji konzumují alkohol opakovaně. Vůbec se nenapilo 33 dívek (44 %) a 26 chlapců (37,14 %).

Otázka č. 14 – V kolika letech jsi poprvé ochutnal/a alkohol?



Graf 18 – věk při první konzumaci alkoholu

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|--------------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| méně než 6 let | 5 | 7,69 | 3 | 3,75 | 3 | 4,00 | 5 | 7,14 | 8 | 5,52 |
| 6 - 7 let | 4 | 6,15 | 3 | 3,75 | 3 | 4,00 | 4 | 5,71 | 7 | 4,83 |
| 8 - 9 let | 21 | 32,31 | 18 | 22,50 | 19 | 25,33 | 20 | 28,57 | 39 | 26,90 |
| 10 let a více | 10 | 15,38 | 22 | 27,50 | 17 | 22,67 | 15 | 21,43 | 32 | 22,07 |
| neochutnal/a jsem | 25 | 38,46 | 34 | 42,50 | 33 | 44,00 | 26 | 37,14 | 59 | 40,69 |

Tabulka 19 – věk při první konzumaci alkoholu

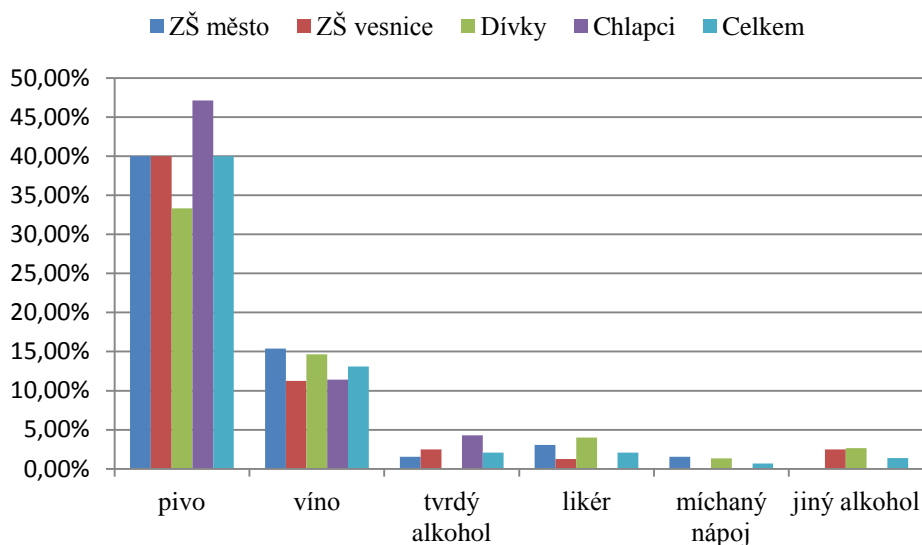
Ze všech dotazovaných má prvotní zkušenost s konzumací alkoholu nejvíce žáků v osmi nebo devíti letech, tuto možnost zvolilo 39 dotazovaných (26,9 %), odpověď *10 let a více* byla druhou nejčastěji volenou, vybralo ji 32 dětí (22,07 %). Celkem 8 dotazovaných (5,52 %) uvedlo, že poprvé pili alkohol před dosažením šestého roku věku a 7 dětí (4,83 %) vybralo odpověď *6 – 7 let*.

Na městské škole bylo nejčastěji volenou odpovědí *8 – 9 let*, kterou zmínilo 21 respondentů (32,31 %). V 10 letech a více poprvé konzumovalo alkohol 10 respondentů (15,38 %), před šestým rokem se napilo 5 dotazovaných (7,69 %) a možnost *6 – 7 let* označili 4 respondenti (6,15 %). Na vesnické škole jsme vyzorovali posun prvotní konzumace alkoholu k vyššímu věku. Možnost *10 let a více* zde byla nejčastěji volenou, vybralo jí 22 žáků (27,5 %). V 8 – 9 letech pilo na vesnické škole 18 dotazovaných (22,5 %),

v 6 – 7 letech 3 respondenti (3,75 %) a rovněž se našli 3 žáci (3,75 %), kteří alkohol ochutnali před šestým rokem.

Chlapci i dívky nejčastěji konzumovali alkohol v 8 – 9 letech. U dívek byla tato možnost zaznamenána v 19 odpovědích (25,33 %) a u chlapců v 20 odpovědích (28,57 %). Před šestým rokem ochutnalo alkohol více chlapců (7,14 %) než dívek (4 %). Druhou nejčastější odpověď, *10 let a více*, uvedlo 17 dívek (22,67 %) a 15 chlapců (21,43 %). A v 6 – 7 letech alkohol pili 4 chlapci (5,71 %) a 3 dívky (4 %).

Otázka č. 15 – Jaký druh alkoholu jsi poprvé ochutnal/a?



Graf 19 – druh alkoholu při první konzumaci

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|----------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| pivo | 26 | 40,00 | 32 | 40,00 | 25 | 33,33 | 33 | 47,14 | 58 | 40,00 |
| víno | 10 | 15,38 | 9 | 11,25 | 11 | 14,67 | 8 | 11,43 | 19 | 13,10 |
| tvrdý alkohol | 1 | 1,54 | 2 | 2,50 | 0 | 0,00 | 3 | 4,29 | 3 | 2,07 |
| likér | 2 | 3,08 | 1 | 1,25 | 3 | 4,00 | 0 | 0,00 | 3 | 2,07 |
| míchaný nápoj | 1 | 1,54 | 0 | 0,00 | 1 | 1,33 | 0 | 0,00 | 1 | 0,69 |
| jiný alkohol | 0 | 0,00 | 2 | 2,50 | 2 | 2,67 | 0 | 0,00 | 2 | 1,38 |
| žádný | 25 | 38,46 | 34 | 42,50 | 33 | 44,00 | 26 | 37,14 | 59 | 40,69 |

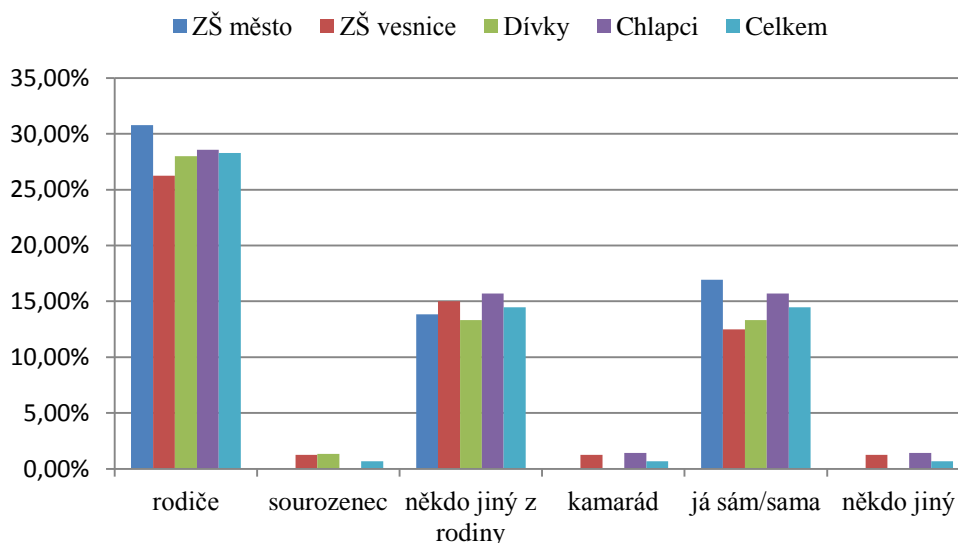
Tabulka 20 – druh alkoholu při první konzumaci

Tímto dotazem jsme chtěli zjistit, jaký druh alkoholu žáci poprvé konzumovali. Celkově v našem výzkumném souboru nejvíce respondentů, 58 (40 %), uvedlo možnost *pivo*. Druhým nejčastěji ochutnávaným alkoholickým nápojem při první konzumaci bylo víno, o kterém se zmínilo 19 žáků (13,1 %). Překvapilo nás, že 3 dotazovaní (2,07 %) pili dokonce tvrdý alkohol. K možnosti jiná odpověď uvedli dva respondenti (1,38 %), že ochutnali šampaňské.

Pivo bylo nejčastěji konzumováno také u žáků městské (40 %) a venkovské (40 %) školy. Víno jako první ochutnaný alkohol uvedlo 10 dotazovaných (15,38 %) na ZŠ město a 9 respondentů (11,25 %) na druhém typu základní školy. 2 žáci (2,5 %) na vesnici ochutnali tvrdý alkohol, ve městě to byl pouze jeden respondent (1,54 %). Likér ochutnali na městské škole 2 dotazovaní (3,08 %) a jeden žák (1,25 %) z vesnické školy.

V porovnání chlapci a děvčata se k odpovědi *pivo* přiklonilo 33 chlapců (47,14 %) a 25 dívek (33,33 %). Tato možnost byla nejčastěji volenou. Víno pilo při prvním ochutnání alkoholu 11 děvčat (14,67 %) a 8 chlapců (11,43 %). Žádné děvče neochutnalo tvrdý alkohol, u chlapců jsme zaznamenali zkušenost ve třech případech (4,29 %). U možnosti *likér* se odpovědi obrátily, žádný chlapec jej nepil, ale 3 děvčata (4 %) ho při prvním alkoholovém experimentu ochutnala.

Otázka č. 16 – Kdo ti poprvé dal alkohol?



Graf 20 – zdroj alkoholu

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|----------------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| rodiče | 20 | 30,77 | 21 | 26,25 | 21 | 28,00 | 20 | 28,57 | 41 | 28,28 |
| sourozenec | 0 | 0,00 | 1 | 1,25 | 1 | 1,33 | 0 | 0,00 | 1 | 0,69 |
| někdo jiný z rodiny | 9 | 13,85 | 12 | 15,00 | 10 | 13,33 | 11 | 15,71 | 21 | 14,48 |
| kamarád | 0 | 0,00 | 1 | 1,25 | 0 | 0,00 | 1 | 1,43 | 1 | 0,69 |
| já sám/sama | 11 | 16,92 | 10 | 12,50 | 10 | 13,33 | 11 | 15,71 | 21 | 14,48 |
| někdo jiný | 0 | 0,00 | 1 | 1,25 | 0 | 0,00 | 1 | 1,43 | 1 | 0,69 |
| neochutnal/a jsem | 25 | 38,46 | 34 | 42,50 | 33 | 44,00 | 26 | 37,14 | 59 | 40,69 |

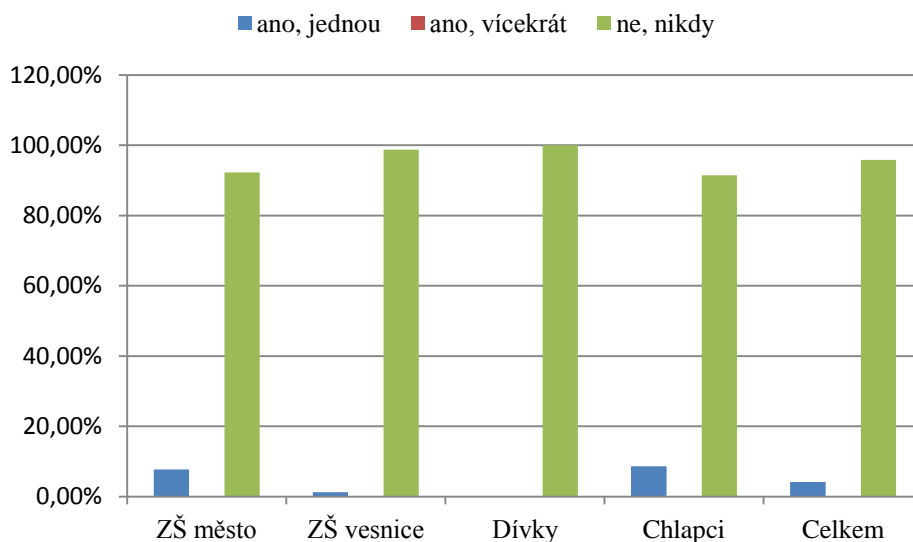
Tabulka 21 – zdroj alkoholu

Celkem na dotaz, kdo dětem poprvé dal alkohol, uvedlo 41 žáků (28,28 %) rodiče. Shodně označilo 21 respondentů (14,48 %) možnosti *někdo jiný z rodiny* a *já sám/sama*. Ostatní odpovědi se vyskytovaly vždy pouze jednou (0,69 %), přičemž k variantě *někdo jiný* bylo připsáno *pán z oslavy*.

Z respondentů na městské škole uvedlo 20 dotazovaných (30,77 %), že jim alkohol dali rodiče. V 11 případech (16,92 %) alkohol ochutnali sami a devětkrát (13,85 %) se objevila odpověď, že jim alkohol dal někdo jiný z rodiny. Na vesnické škole dostalo poprvé alkohol od rodičů 21 dětí (26,25 %), od svého příbuzného 12 žáků (15 %) a 10 respondentů (12,5 %) si jej vzalo samo. Sourozenec dal alkohol 1 žákovi (1,25 %) z vesnické školy.

Z pohledu dívek a chlapců je pořadí jednotlivých odpovědí téměř totožné jako u předchozích podskupin. 21 dívek (28 %) a 20 chlapců (28,57 %) zmiňovalo, že poprvé dostali alkoholický nápoj od rodičů. Někdo jiný z rodiny dával alkohol nezletilým dívkám v 10 případech (13,33 %), u chlapců jsme tuto možnost zaznamenali v 11 odpovědích (15,71 %). Samo si alkohol vzalo 10 dívek (13,33 %) a 11 chlapců (15,71 %). Od kamaráda dostal alkohol 1 chlapec (1,43 %). Možnost *sourozenec* vybrala pouze 1 dívka (1,33 %) a možnost *někdo jiný* zvolil 1 chlapec (1,43 %), přičemž uvedl odpověď *pán z oslavy*.

Otázka č. 17 – Byl/a jsi někdy opilý/á?



Graf 21 – výskyt opilosti

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|----------------------|----------|-------|------------|-------|-------|--------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano, jednou | 5 | 7,69 | 1 | 1,25 | 0 | 0,00 | 6 | 8,57 | 6 | 4,14 |
| ano, vícekrát | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| ne, nikdy | 60 | 92,31 | 79 | 98,75 | 75 | 100,00 | 64 | 91,43 | 139 | 95,86 |

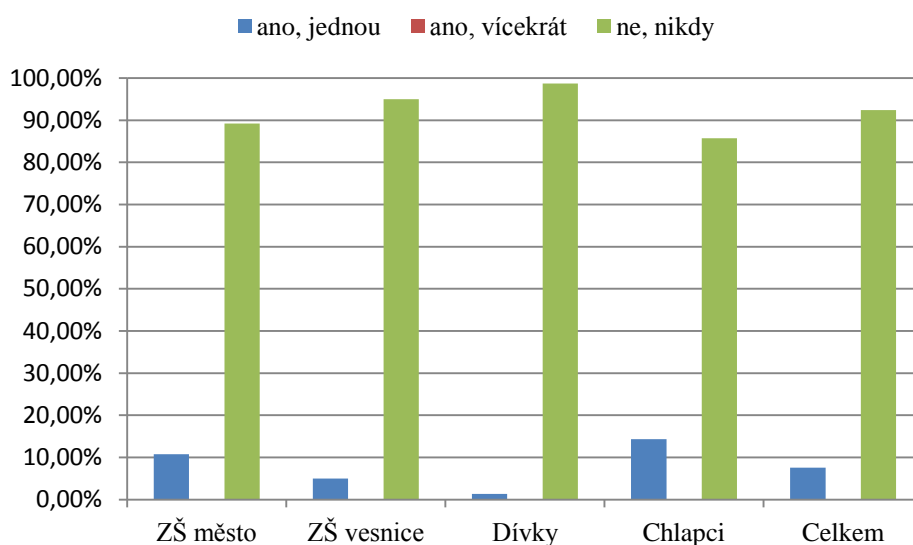
Tabulka 22 – výskyt opilosti

Otázka zjišťovala výskyt opilosti u žáků 4. a 5. ročníků. Ze 145 dotazovaných přiznalo 6 žáků (4,14 %), že se jednou opili. Opakovanou opilost nevedl ani jeden žák.

Na základní škole ve městě najdeme 5 žáků (7,69 %), kteří byli opilí. Na vesnické škole jsme opilost zaznamenali u jednoho žáka (1,25 %).

Pokud se podíváme na zastoupení pohlaví, ve všech šesti případech (8,57 %) přiznávají ebrietu chlapci.

Otázka č. 18 – Kouřil/a jsi někdy cigaretu?



Graf 22 – zkušenosti s kouřením cigaret

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|----------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| ano, jednou | 7 | 10,77 | 4 | 5,00 | 1 | 1,33 | 10 | 14,29 | 11 | 7,59 |
| ano, vícekrát | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| ne, nikdy | 58 | 89,23 | 76 | 95,00 | 74 | 98,67 | 60 | 85,71 | 134 | 92,41 |

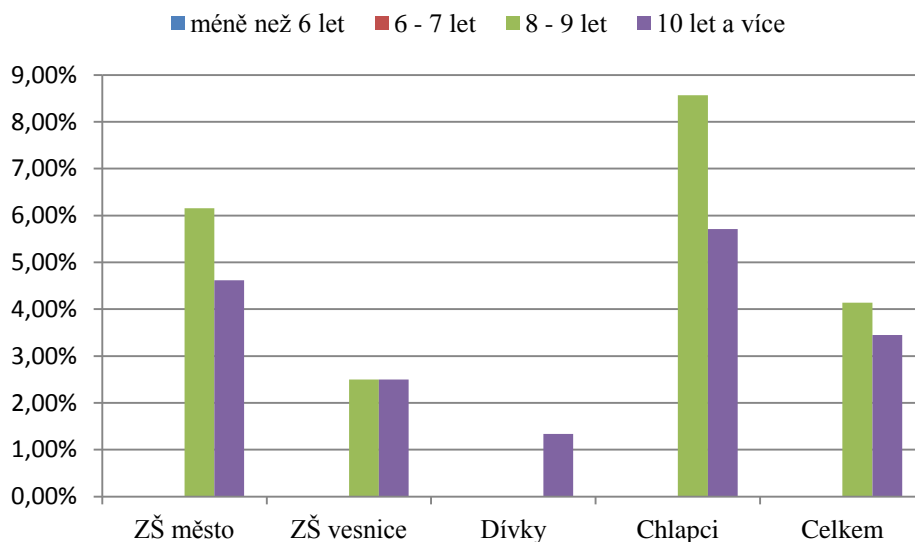
Tabulka 23 – zkušenosti s kouřením cigaret

Z celého výzkumného souboru zkoušelo jednou kouřit cigaretu 11 žáků (7,58 %), opakovanou zkušenost nevedl ani jeden dotazovaný. Ze 145 respondentů tedy nekouřilo 134 dětí (92,41 %).

Na základní škole ve městě bylo 7 dětí (10,77 %), které již zkoušely kouřit cigaretu. Na vesnici tuto zkušenost zmínili 4 žáci (5 %). Nikdy nezkoušelo kouřit 76 dětí (95 %) na vesnické škole, ve městě byl počet nezkušených nižší (89,23 %).

V porovnání zkušeností chlapců a děvčat jednoznačně převažují chlapci. Z 11 kuřáckých pokusů, jich bylo 10 (14,29 %) vykonáno chlapci, dívka kouřila jedna (1,33 %). Celkově nekouřilo 74 dívek (98,67 %) a 60 chlapců (85,71 %).

Otázka č. 19 – Kolik ti bylo let, když jsi poprvé kouřil/a cigaretu?



Graf 23 – věk při prvním kouření

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|------------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| méně než 6 let | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 6 - 7 let | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 8 - 9 let | 4 | 6,15 | 2 | 2,50 | 0 | 0,00 | 6 | 8,57 | 6 | 4,14 |
| 10 let a více | 3 | 4,62 | 2 | 2,50 | 1 | 1,33 | 4 | 5,71 | 5 | 3,45 |
| nekouřil/a jsem | 58 | 89,23 | 76 | 95,00 | 74 | 98,67 | 60 | 85,71 | 134 | 92,41 |

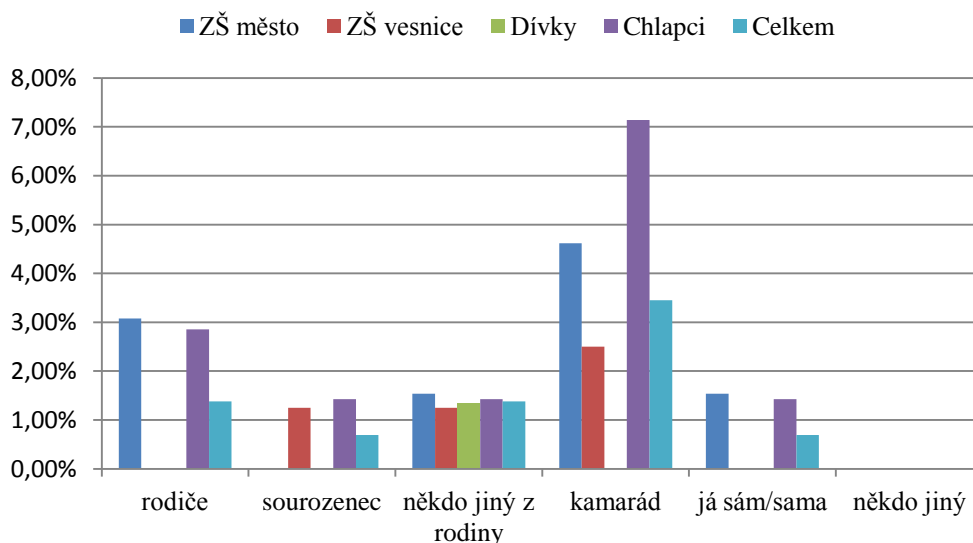
Tabulka 24 – věk při prvním kouření

Z žáků, kteří již zkoušeli kouřit, ochutnalo první cigaretu ve věku 8 nebo 9 let 6 respondentů (4,14 %), ostatních 5 dotazovaných (3,45 %) kouřilo, když jim bylo 10 let nebo více.

Na městské škole vybrali 4 respondenti (6,15 %) možnost 8 – 9 let a 3 respondenti (4,62 %) odpověď 10 let a více. Na vesnické škole byly možnosti 8 – 9 let a 10 let a více voleny vždy dvěma žáky (2,5 %).

Chlapci uvedli v 6 případech (8,57 %), že kouřili první cigaretu v 8 nebo 9 letech, možnost 10 let a více vybrali 4 žáci (5,71 %). Ze skupiny dívek má zkušenost pouze jedna, která uvedla odpověď 10 let a více.

Otázka č. 20 – Kdo ti poprvé dal cigaretu?



Graf 24 – zdroj cigaret

| | ZŠ město | | ZŠ vesnice | | Dívky | | Chlapci | | Celkem | |
|----------------------------|----------|-------|------------|-------|-------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % | počet | % |
| rodiče | 2 | 3,08 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 2 | 2,86 | 2 | 1,38 |
| sourozenec | 0 | 0,00 | 1 | 1,25 | 0 | 0,00 | 1 | 1,43 | 1 | 0,69 |
| někdo jiný z rodiny | 1 | 1,54 | 1 | 1,25 | 1 | 1,33 | 1 | 1,43 | 2 | 1,38 |
| kamarád | 3 | 4,62 | 2 | 2,50 | 0 | 0,00 | 5 | 7,14 | 5 | 3,45 |
| já sám/sama | 1 | 1,54 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 1,43 | 1 | 0,69 |
| někdo jiný | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| nekouřil/a jsem | 58 | 89,23 | 76 | 95,00 | 74 | 98,67 | 60 | 85,71 | 134 | 92,41 |

Tabulka 25 – zdroj cigaret

Ze všech dotazovaných zmínilo 5 žáků (3,45 %), že jim první cigaretu dal kamarád, 2 respondenti (1,38 %) ji dostali od rodičů a rovněž 2 žáci (1,38 %) uvedli možnost *někdo jiný z rodiny*. Sourozenec dal cigaretu jednomu respondentovi (0,69 %), rovněž jeden žák uvedl (0,69 %), že si cigaretu vzal sám.

Na městské základní škole odpověděli 3 žáci (4,62 %), že první cigaretu dostali od kamaráda. 2 žáci (3,08 %) cigaretu získali od rodičů a 1 dotazovaný (1,54 %) od někoho jiného z rodiny. Jeden žák (1,54 %) si cigaretu vzal sám. Na vesnické škole odpověděli 2 respondenti (2,5 %), že jim byla první cigareta nabídnuta kamarádem, možnosti *sourozenec* a *někdo jiný z rodiny* zde byly zmíněny jednou (1,25 %).

Pokud se podíváme na vyhodnocení otázky podle pohlaví, zjistíme, že 5 chlapců (7,14 %) uvedlo, že jim první cigaretu nabídl kamarád a ve dvou případech (2,86 %) to byli rodiče. Odpovědi *sourozenec*, *někdo jiný z rodiny* a *já sám/sama* chlapci zmiňovali vždy jednou (1,43 %). 1 dívka (1,33 %) získala první cigaretu od svého příbuzného.

6 Diskuse

V této kapitole nejprve uvedeme celkové shrnutí našeho výzkumného šetření, dále se budeme věnovat vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek (VO) a pokusíme se navrhnout konkrétní opatření, které by vedly ke zvyšování informovanosti žáků a k minimalizování experimentů s alkoholem a nikotinem.

Pro naši práci jsme zvolili kvantitativně orientovaný výzkum. Metodou dotazníkového šetření jsme zjišťovali informace potřebné k vyhodnocení stanovených výzkumných otázek. Celkově se do výzkumu zapojilo 145 žáků ze 4. a 5. ročníků, kteří se vzdělávají na městské nebo venkovské základní škole. Výzkumným šetřením jsme chtěli zmapovat informovanost žáků o alkoholu a nikotinu, a zachytit případné zkušenosti žáků s těmito legálními drogami. Tento cíl jsme následně rozdělili na několik dílčích cílů, které odpovídají jednotlivým výzkumným otázkám.

Dílčí cíle praktické části diplomové práce:

- ✓ zjistit informovanost žáků o alkoholu a nikotinu na jednotlivých školách (VO 1),
- ✓ zjistit míru participace škol na preventivních aktivitách (VO 2),
- ✓ zjistit preventivní působení rodičů (VO 3),
- ✓ zmapovat zkušenosti žáků s alkoholem a nikotinem podle typů škol (VO 4),
- ✓ zmapovat zkušenosti žáků s alkoholem a nikotinem podle pohlaví (VO 5).

Nyní přejdeme k vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek.

VO 1: Mají žáci navštěvující ZŠ město více informací o alkoholu a nikotinu než žáci ze ZŠ vesnice?

Tato výzkumná otázka zahrnuje dotazníkové položky:

Otázka č. 5 – *Je podle tebe alkohol droga?*

Z *Tabulky 10* můžeme vyčíst, kolik žáků odpovědělo správně na otázku, zda je alkohol droga. Žáci ze ZŠ město si v této otázce vedli lépe, neboť jich 43 (66,15 %) uvedlo správnou odpověď, tedy že alkohol je droga. Na vesnické základní škole považuje alkohol za drogu pouze 45 žáků (56,25 %). Přehledné vyhodnocení otázky vidíme v *Grafu 9*.

Otázka č. 6 – *Je podle tebe cigareta droga*

Tabulka 11 ukazuje, kolik respondentů ví, že cigareta je droga. Správnou odpověď označilo 59 žáků (73,75 %) z vesnické základní školy a 45 žáků (69,23 %) z městské základní školy. V této otázce byli úspěšnější respondenti ze ZŠ vesnice (viz *Graf 10*).

Otázka č. 7 – *Myslíš si, že je snadné přestat pít alkohol a kouřit cigarety?*

Podle *Tabulky 12* vědělo více žáků na vesnické škole (92,5 %), že zbavit se závislosti na alkoholu a nikotinu není snadná záležitost. Na ZŠ město vybralo správnou odpověď 60 dotazovaných (92,31 %). Ačkoliv *Graf 11* ukazuje minimální rozdíl ve správném zodpovězení této otázky mezi jednotlivými školami, větší úspěšnost připisujeme žákům ze základní školy na vesnici

Otázka č. 8 – *Od kolika let je v České republice dovoleno pít alkohol a kouřit cigarety?*

Z *Tabulky 13* můžeme vyčíst, že správnou odpověď, *od 18 let*, uvedlo 73 žáků (91,25 %) ze základní školy na vesnici a 59 žáků (90,77 %) navštěvujících ZŠ město. I v této otázce je rozdíl v informovanosti mezi jednotlivými typy škol minimální, ovšem více správných odpovědí jsme zaznamenali u respondentů ze základní školy na vesnici (viz *Graf 12*).

Otázka č. 9 – *Myslíš si, že kouření cigaret škodí zdraví?*

Povědomí o tom, že cigarety poškozují zdraví, měli téměř všichni respondenti. V *Tabulce 14* je patrné, že ani jeden žák ze základní školy na vesnici na tento dotaz neodpověděl špatně, úspěšnost zde činí 100 %. Na městské základní škole vybralo správnou možnost 63 žáků (96,92 %). V této otázce byli úspěšnější žáci z vesnické základní školy (viz *Graf 13*).

Pokud tedy budeme hodnotit celkovou úspěšnost správně zodpovězených otázek u žáků z obou typů škol, zjistíme, že ačkoliv byli v otázkách č. 6, 7, 8 a 9 vždy nepatrně úspěšnější žáci ze základní školy na vesnici, větší informovanost o alkoholu a nikotinu mají žáci navštěvující ZŠ město, neboť v otázce č. 5 odpověděli výrazně lépe (procentuální rozdíl správných odpovědí mezi jednotlivými školami v této otázce činil více než 10 %).

Došli jsme tedy ke zjištění, že průměrná procentuální úspěšnost ve výše zmíněných otázkách činila 83,08 % na ZŠ město a 82,75 % na ZŠ vesnice. Větší informovanost o alkoholu a nikotinu tedy připisujeme základní škole ve městě, přičemž rozdíl mezi jednotlivými školami je 1,33 %.

VO 2: V jaké míře informuje škola své žáky o drogách, včetně alkoholu a nikotinu?

Tato výzkumná otázka zahrnuje dotazníkové položky:

Otázka č. 2 – *Bavili jste se ve škole o rizicích spojených s pitím alkoholu?*

Z *tabulky 7* je patrné, že z celkového počtu všech dotazovaných bylo ve škole seznámeno s riziky a škodlivostí alkoholu pouze 77 žáků (53,1 %), což představuje větší polovinu všech dotazovaných. Pokud bychom se podívali na tuto otázku z pohledu vesnické a městské základní školy, informace o nebezpečnosti užívání alkoholických nápojů dostalo jen 31 žáků (38,75 %) na vesnické základní škole. Na ZŠ město vzrostl počet informovaných téměř dvojnásobně (70,77 %). Odpovědi žáků jsou zaznamenány na *Grafu 6*.

Otázka č. 3 – *Bavili jste se ve škole o rizicích spojených s kouřením cigaret?*

Jak uvádí *Tabulka 8*, ze 145 dotazovaných získalo ve škole informace o rizicích a škodlivosti kouření pouze 92 žáků (63,45 %). Pokud bychom chtěli porovnat preventivní působení zaměřené na škodlivost nikotinu mezi jednotlivými typy škol, zjistíme, že žáci navštěvující ZŠ město jsou opět lépe informováni školou (72,31 %) než žáci ze základní školy na vesnici (56,25 %). Na *Grafu 7* vidíme podrobné vyhodnocení této otázky.

Otázka č. 4 – *Odkud získáváš nejvíce informací o drogách?*

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, na jakém pořadí se umístí škola, jakožto největší poskytovatel informací o drogách. Z *Tabulky 9* je patrné, že z celkového počtu všech dotazovaných považuje školu za největší zdroj informací pouze 15 žáků (10,34 %). Těsně před školou se umístil internet, který označilo 16 žáků (11,03 %). Nejvíce informací o drogách získávají respondenti z televize, ta byla uvedena dokonce 91 žáky (62,76 %). Pořadí jednotlivých informačních zdrojů můžeme vidět v *Grafu 8*.

Dotazníkovým šetřením jsme zjistili, že ve vybraných školách jsou preventivní opatření zaměřující se na alkohol a nikotin podceňované. Školy by měly více reagovat na skutečnost, že stále častěji a v nižším věku žáci experimentují s těmito návykovými látkami, například tím, že budou realizovat více preventivních aktivit již na 1. stupni základní školy. Je velmi důležité, aby žáci znali rizika spojená s užíváním alkoholu a cigaret ještě před tím, než s nimi přijdou do styku. Z toho důvodu doporučujeme školským institucím pořádat více preventivních programů a besed zaměřených na drogy legální jako je alkohol a nikotin, neboť právě ty jsou v naší společnosti neustále přehlíženy a podceňovány, a to i přes skutečnost, že jejich negativní vliv na zdraví člověka je nám dobře znám. S podceňováním těchto legálních

drog souvisí i vyšší tolerance dospělých k jejich užívání mladistvými a takový přístup je chybný. Nemálo důležité je také preventivní působení ve výuce, učitelé by měli využít každou volnou chvíli a s dětmi o těchto návykových látkách mluvit, protože právě ve škole a v rodině by mělo dítě získávat nejvíce informací o škodlivosti a zdravotních následcích, které užívání alkoholu a tabákových výrobků přináší. Z výzkumu jsme se však dozvěděli, že pro necelé dvě třetiny žáků je největším zdrojem informací o drogách televize. Toto zjištění je rovněž varující, neboť informace zprostředkované médii mohou být zkreslené a nevěrohodné. Navíc reklamou mohou na žáky působit zcela opačně, tedy vybízet je ještě více ke konzumaci alkoholických nápojů či cigaret.

VO 3: Jsou rodiče iniciátory rodinné prevence?

Tato výzkumná otázka zahrnuje dotazníkové položky:

Otázka č. 10 – *Povídáš si s rodiči o nebezpečnosti pití alkoholu, kouření cigaret?*

Z celkového počtu všech dotazovaných bylo pouze 79 žáků (54,48 %) informováno rodiči o škodlivých faktorech alkoholu a nikotinu, viz *Tabulka 15*. Menší polovina žáků (45,52 %) od svých rodičů žádné informace nedostává, což považujeme za velmi smutné zjištění.

Otázka č. 11 – *Kouří tvoji rodiče?*

Podle *Tabulky 16* má z celkového počtu respondentů 21 žáků (14,48 %) oba dva kouřící rodiče. Matka kouří u 9 dotazovaných (6,21 %) a otec kuřák byl zaznamenán ve 21 odpovědích (14,48 %). Shrňeme-li odpovědi všech respondentů, zjistíme, že u 51 žáků (35,17 %) kouří některý z rodičů nebo dokonce oba dva.

Otázka č. 12 – *Kouří tvoji rodiče v domě, bytě?*

Tímto dotazem jsme zjišťovali, kolik dětí v našem výzkumném vzorku je doma ohroženo tabákovým kouřem. V *Tabulce 17* vyčteme, že ze 145 dětí pobývá 21 žáků (14,48 %) v zakouřeném prostředí.

Otázka č. 16 – *Kdo ti poprvé dal alkohol?*

Dle *Tabulky 21* je patrné, že z osob, které jako první daly žákům alkoholický nápoj, byli nejčastěji voleni rodiče. Tuto skutečnost uvedlo 41 respondentů (28,28 %). Dále byli zmiňováni příbuzní (14,48 %), nebo si alkohol děti nabídly samy (14,38 %). Přehledné zastoupení odpovědí udává *Graf 20*.

Otázka č. 20 – *Kdo ti poprvé dal cigaretu?*

Tímto dotazem jsme chtěli zjistit, jaké procento žáků zmíní rodiče jako zdroj první cigarety. V *Tabulce 25* můžeme vidět, že rodiče stejně jako ostatní příbuzní dávali dětem cigaretu ve dvou případech (1,38 %). Žáci, kteří již kouřili, nejčastěji uváděli, že cigaretu získali od kamaráda (3,45 %).

Je vhodné, když se do preventivních aktivit proti užívání alkoholu a nikotinu zapojí také rodiče žáků. Právě rodina, ve které probíhá proces socializace, má na dítě a jeho návyky týkající se zdravého životního stylu veliký vliv. Proto je důležité, aby rodiče se svými dětmi o rizicích spojených s pitím alkoholu a kouřením cigaret dokázali mluvit. Také by měli aktivně vyhledávat příležitosti a situace vhodné pro tyto rozhovory, neboť těmito kroky, i když si to možná neuvědomují, chrání zdraví svých dětí. Z našeho výzkumu bohužel vyplynulo, že v této oblasti preventivně působí pouhá polovina rodičů (54,48 %).

Dalším dotazem, který zjišťoval kuřáctví rodičů, jsme chtěli upozornit na skutečnost, že i kouřící rodiče představují pro děti přirozený vzor, s nímž se chtějí ztotožnit a který mnohdy nevědomě v budoucnu napodobují. Z toho důvodu je u dětí vyrůstajících v kuřácké rodině větší pravděpodobnost, že se stanou kuřáky. Navíc v domácnostech, kde se běžně kouří, mají děti snazší přístup k cigaretám a tím pádem i blíže k prvním experimentům. Dalším negativním jevem, kterým jsou ohroženy zvláště děti kuřáků, je expozice tabákovému kouři v domácnostech. Dotazníkovým šetřením jsme se dozvěděli, že v našem výzkumném souboru pobývá 14,48 % dětí v zakouřeném prostředí. Tato skutečnost rovněž neposiluje preventivní přístup ze strany rodičů.

A v neposlední řadě jsme chtěli zjistit, zda se v našem výzkumném souboru najdou rodiče, kteří alkohol nebo cigarety svému dítěti dokonce sami dají. Spousta rodičů vůbec netuší, že i pouhý lok alkoholu nebo malé potažení z cigarety může u dítěte v brzkém věku způsobit vážné zdravotní komplikace. Obecně platí, že čím je dítě mladší, tím více se tyto experimenty na jeho organismu projevují. Proto je důležité, aby společnost informativně působila také na rodiče, neboť právě oni musí znát rizika, která by jejich neuváženým chováním mohla vzniknout. V našem souboru dotazovaných dostalo od rodičů svůj první alkoholický nápoj 28,28 % dětí a první cigaretu 1,38 % dětí. Z těchto údajů vidíme, že se stále najdou rodiče, kteří prevenci zanedbávají.

VO 4: Mají žáci z městské základní školy více zkušeností s užíváním alkoholu a nikotinu než žáci ze školy vesnické?

Tato výzkumná otázka zahrnuje dotazníkové položky:

Otázka č. 13 - *Ochutnal/a jsi někdy alkohol?*

Z *Tabulky 18* vyplývá, že na základní škole ve městě alkohol ochutnalo 40 žáků (61,54 %), z toho 33 dětí (33,85 %) okusilo pouze jednou a 18 dětí (27,69 %) pilo opakovaně. Na vesnické škole ochutnalo alkoholický nápoj 46 dotazovaných (57,5 %), přičemž 29 žáků (36,25 %) má s alkoholem jednorázovou zkušenost a 17 dětí (21,25 %) pilo opakovaně. Celkově mají s konzumací alkoholu více zkušeností žáci navštěvující ZŠ město.

Otázka č. 18 - *Kouřil/a jsi někdy cigaretu?*

V *Tabulce 23* vidíme, že zkušenost s kouřením cigaret má 7 žáků (10, 77 %) z městské základní školy a 4 žáci (5 %) z vesnické základní školy, přičemž ve všech případech žáci kouřili pouze jednou. Při porovnání obou typů škol jsme zjistili, že žáci na městské základní škole mají dvojnásobně vyšší zkušenosti s kouřením cigaret než žáci na vesnické škole.

Výzkumem jsme dospěli k závěru, že žáci navštěvující městskou základní školu mají více zkušeností jak s užíváním alkoholu, tak i nikotinu. Tento výsledek je totožný s naším očekáváním, neboť jsme předpokládali, že žáci z větších měst mají snadnější přístup k těmto návykovým látkám a také mohou své případné experimenty snáze utajit. Na vesnici se všichni lidé znají a často bývají pod dohledem nejen rodinných příslušníků, ale i sousedů a známých. Rovněž pořízení alkoholu a tabákových výrobků nezletilými je na vesnici obtížnější. Z toho důvodu jsme se domnívali, že žáci ve městě budou v užívání alkoholu a nikotinu zkušenější.

V souvislosti s užíváním alkoholu bychom chtěli upozornit na výskyt opilosti v jednotlivých školách. Ze 4. a 5. ročníků již bylo opilých 5 dotazovaných (7,69 %) na základní škole ve městě a 1 respondent (1,25 %) navštěvující školu na vesnici (viz *Tabulka 22*). Zjištění, že v tak nízkém věku najdeme žáky, kteří byli opilí, nás šokovalo. Z toho důvodu bychom chtěli znovu apelovat na jednotlivé školy, aby organizovaly preventivní aktivity již na prvním stupni ZŠ a pokud možno soustavně, na vyučující, aby při každé příležitosti žáky varovali před těmito legálními „hrozbami“, a hlavně na rodiče a širší okolí, aby konzumaci alkoholických nápojů či kouření cigaret u nezletilých žáků netolerovali.

Za zajímavý považujeme také nejčastěji uváděný věk první konzumace alkoholu na jednotlivých školách. V *Grafu 18* můžeme názorně vidět, že respondenti ze základní školy ve

městě pili svůj první alkoholický nápoj nejčastěji ve věku 8 – 9 let, kdežto respondenti z vesnické školy v 10 letech a více. Na vesnici tak pozorujeme jistý posun první zkušenosti do pozdějších let.

VO 5: Mají více zkušeností s užíváním alkoholu a nikotinu chlapci než dívky?

Tato výzkumná otázka zahrnuje dotazníkové položky:

Otázka č. 13 - *Ochutnal/a jsi někdy alkohol?*

Z *Tabulky 18* vyplývá, že alkohol ochutnalo 42 dívek (56 %), z toho 27 (36 %) pouze jednou a 15 (20 %) pilo opakovaně. Ve skupině chlapců alkohol požílo 44 dotazovaných (62,86 %), přičemž 24 respondentů (34,29 %) má jednorázovou zkušenost a 20 žáků (28,57 %) pilo opakovaně. Celkově mají více zkušeností s alkoholem chlapci.

Otázka č. 18 - *Kouřil/a jsi někdy cigaretu?*

Tabulka 23 uvádí jednoznačnou převahu užívání nikotinu u chlapců, neboť z dívek kouřila pouze jedna žákyně (1,33 %), ale mezi chlapci jsme zaznamenali kuřácké zkušenosti v 10 případech (14,29 %). Žádný z žáků nekouřil opakovaně.

Výzkumem jsme dospěli k závěru, že více zkušeností užíváním alkoholu i nikotinu mají chlapci. Toto zjištění si vysvětlujeme tím, že chlapci obecně mají větší sklony k experimentování a objevování nových zkušeností, z toho důvodu je také více láká poznání světa dospělých, ve kterém se alkohol a nikotin užívá.

Závěr

Alkohol a nikotin jsou jedním z největších legálních zabijáků v současné společnosti. Ohrožují nejen dospělé, ale hlavně děti. Dětský organismus ještě není dostatečně zralý, neumí tyto škodlivé látky odbourávat v takové míře jako u dospělých a snáze se poškodí. Rovněž riziko vzniku závislosti je u nezletilých vyšší. Obecně platí, že čím dříve dítě s legální drogou experimentuje, tím větší újmu na zdraví si způsobí. Tuto skutečnost si ovšem mladiství ještě neuvědomují, a proto počátek prvních zkušeností s alkoholem a nikotinem neustále klesá na nižší věkovou hranici. Dokonce už i děti na 1. stupni základních škol s těmito návykovými látkami experimentují. A právě na tento negativní jev upozorňuje naše práce.

V teoretické části jsme nejprve objasnili obecné termíny související s problematikou drog, další dvě kapitoly byly již konkrétně zaměřeny na dvě nejčastěji zneužívané drogy – alkohol a nikotin. Popsali jsme jejich účinky na lidský organismus, vznik a následný rozvoj závislosti na těchto látkách a v neposlední řadě jsme též uvedli příklady preventivních opatření. Poslední kapitola charakterizuje žáka mladšího školního věku, neboť na tuto věkovou kategorii se zaměřovalo naše výzkumné šetření.

Praktická část diplomové práce uvádí popis a výsledky námi realizovaného výzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit informovanost žáků v oblasti alkoholu a nikotinu, a rovněž zachytit jejich případné zkušenosti s těmito návykovými látkami.

Seznam literatury

1. BĚLÍK, Václav a Stanislava HOFERKOVÁ, 2016. *Prevence rizikového chování ve školním prostředí: pro studenty pomáhajících oborů*. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-1015-0.
2. CSÉMY, Ladislav a Hana SOVINOVÁ, 2003. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-230-9.
3. *Facts about alcohol use during pregnancy* [online], 2002. [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.come-over.to/FASCRC/>
4. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
5. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
6. GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.
7. HAJNÝ, Martin, 2001. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky : rizika zvyšující užívání drog : léčba : problémové situace*. Praha: Grada Publishing. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
8. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-277-8.
9. HRUBÁ, Drahoslava, 2013. *Aby Vaše dítě nekouřilo: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině Praha. ISBN 978-80-260-5221-0.
10. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ, 2014. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 108 stran. ISBN 978-80-7454-420-0.
11. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
12. ILLES, Tom, 2002. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV. ISBN 80-85866-93-5.

13. *Jak alkohol ovlivňuje naše zdraví*. leták - 1. Vydání [online], Praha, 2007. © Státní zdravotní ústav. [cit. 2016-06-10]. Dostupné z:
http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/plakaty/Jak_ovlivnuje_alkohol_zdravi_web.pdf
14. JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK, 1990. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 80-201-0087-3.
15. KACHLÍK, Petr, 2011. *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5724-1.
16. KIKALOVÁ, Kateřina a Miroslav KOPECKÝ, 2014. *Úvod do studia prevence závislostí dětí a dospívajících*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Studijní opora. ISBN 978-80-244-3928-0.
17. KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3711-2.
18. KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2003. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
19. KURIC, Jozef a Lubomír VAŠINA, 1987. *Obecná a ontogenetická psychologie pro učitele*. 2. přeprac. vyd. Brno: Rektorát Univerzity J.E. Purkyně, 258 s.
20. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 312 stran. ISBN 978-80-247-5351-5.
21. MARÁDOVÁ, Eva, 2004. *Informační příručka k problematice zneužívání návykových látek*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. Přípravení pro život. ISBN 80-7311-052-9.
22. MÜHLPACHR, Pavel, 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita, 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
23. NEŠPOR, Karel, 2001. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-515-6.
24. NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
25. NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ, 1999. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 3., rozš. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-7071-123-X.
26. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1994. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2., rozš. vyd. Praha: Sportpropag.

27. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 2002. *"Průchozí" drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7071-198-1.
28. NOVÁK, Miroslav, 1980. *O kouření*. Praha: Avicenum. Život a zdraví.
29. NOŽINA, Miroslav, 1997. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press. ISBN 80-85917-36-X.
30. MINAŘÍK, Jakub. *O drogách obecně*. Sananin - Drogová poradna [online]. Praha, © 2009 [cit. 2016-05-21]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>
31. MLČOCH, Zbyněk. *Pití alkoholu v těhotenství a fetální alkoholický syndrom FAS*. Alkoholik.cz [online]. © 2003 – 2016a [cit. 2016-05-29]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html
32. MLČOCH, Zbyněk. *Abstinenční příznaky – nikotin – nejčastější projevy abstinence u kuřáka*. Kurakovaplice.cz [online]. © 2003 – 2016b [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/odvykani/odvykaci-abstinencni-priznaky-u-kuraka/86-abstinencni-priznaky-u-kuraka-nejcastejsi-projevy-abstinence-nikotinu.html
33. POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO, 2002. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-02-4.
34. POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO, 2003. *Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe*. Vyd. 3., rozšíř. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. Prevence sociálně patologických jevů. ISBN 80-86568-04-0.
35. POPOV, Petr, 2003. Alkohol. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
36. *Pravda o alkoholu*. Řekni ne drogám – řekni ano životu [online]. © 2009 [cit. 2016-05-23]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/alkohol/kap-co-je-alkohol.html>
37. PRESL, Jiří, 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 88 s. ISBN 808580025X.
38. SANANIM, 2007. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
39. SKÁLA, Jaroslav, 1988. *--až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 139 s.
40. ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ, 1988. *Lidé, alkohol, drogy*. Ilustrovala Věra KRUMPHANZLOVÁ. Praha: Naše vojsko, 158 s.

41. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol., 2010. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2433-0.
42. THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
43. TOWNS, Susan, Joseph R. DIFRANZA, Geshani JAYASURIYA et al.: Smoking Cessation in Adolescents: targeted approaches that work. *Paediatric Respiratory Reviews* [online], 2015. [cit. 2016-06-15]. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054215000391>
44. TRPIŠOVSKÁ, Dobromila, 1998. *Vývojová psychologie pro studenty učitelství*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně, 106 s. ISBN 80-7044-207-7.
45. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
46. VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-8.
47. WHO. Alcohol use. In *European Status Report on Alcohol and Health 2010* [online], 2010. [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>
48. WHO. *Report on the Global Tobacco Epidemic M – POWER* [online], 2015. [cit. 2016-06-12]. Dostupné z: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 – míra rizikovosti některých návykových látek | 9 |
| Tabulka 2 – prevence v rodině – mladší školní věk | 20 |
| Tabulka 3 – varovné známky - alkohol | 26 |
| Tabulka 4 – varovné známky - tabák | 37 |
| Tabulka 5 – respondenti dotazníkového šetření | 52 |
| Tabulka 6 – povědomí o drogách | 53 |
| Tabulka 7 – informovanost ve škole – alkohol..... | 54 |
| Tabulka 8 – informovanost ve škole – nikotin | 55 |
| Tabulka 9 – zdroje informací o drogové problematice..... | 56 |
| Tabulka 10 – alkohol jako droga | 58 |
| Tabulka 11 – cigareta jako droga | 59 |
| Tabulka 12 – odvykání pití a kouření..... | 60 |
| Tabulka 13 – legální věk ke konzumaci alkoholu a kouření cigaret | 61 |
| Tabulka 14 – škodlivost kouření | 62 |
| Tabulka 15 – poučení od rodičů – alkohol a cigarety..... | 63 |
| Tabulka 16 – kouřící rodiče..... | 64 |
| Tabulka 17 – vystavení dítěte tabákovému kouři v domácnosti | 65 |
| Tabulka 18 – zkušenosti s konzumací alkoholu | 66 |
| Tabulka 19 – věk při první konzumaci alkoholu..... | 67 |
| Tabulka 20 – druh alkoholu při první konzumaci | 69 |
| Tabulka 21 – zdroj alkoholu..... | 71 |
| Tabulka 22 – výskyt opilosti | 73 |
| Tabulka 23 – zkušenosti s kouřením cigaret | 74 |
| Tabulka 24 – věk při prvním kouření | 75 |
| Tabulka 25 – zdroj cigaret | 76 |

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1 – respondenti celkem – ZŠ město a ZŠ vesnice..... | 52 |
| Graf 2 – respondenti celkem – chlapci a dívky..... | 52 |
| Graf 3 – respondenti ZŠ město..... | 52 |
| Graf 4 – respondenti ZŠ vesnice..... | 52 |
| Graf 5 – povědomí o drogách..... | 53 |
| Graf 6 – informovanost ve škole – alkohol..... | 54 |
| Graf 7 – informovanost ve škole – nikotin..... | 55 |
| Graf 8 – zdroje informací o drogové problematice..... | 56 |
| Graf 9 – alkohol jako droga..... | 58 |
| Graf 10 – cigareta jako droga..... | 59 |
| Graf 11 – odvykání pití a kouření..... | 60 |
| Graf 12 – legální věk ke konzumaci alkoholu a kouření cigaret..... | 61 |
| Graf 13 – škodlivost kouření..... | 62 |
| Graf 14 – poučení od rodičů – alkohol a cigarety..... | 63 |
| Graf 15 – kouřící rodiče..... | 64 |
| Graf 16 – vystavení dítěte tabákovému kouři v domácnosti..... | 65 |
| Graf 17 – zkušenosti s konzumací alkoholu..... | 66 |
| Graf 18 – věk při první konzumaci alkoholu..... | 67 |
| Graf 19 – druh alkoholu při první konzumaci..... | 69 |
| Graf 20 – zdroj alkoholu..... | 71 |
| Graf 21 – výskyt opilost..... | 73 |
| Graf 22 – zkušenosti s kouřením cigaret..... | 74 |
| Graf 23 – věk při prvním kouření..... | 75 |
| Graf 24 – zdroj cigaret..... | 76 |

Anotace

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Petra Špačková |
| Katedra: | Katedra psychologie a patopsychologie |
| Vedoucí práce: | PhDr. Kamila Holásková, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2016 |

| | |
|------------------------------|---|
| Název práce: | Závislost na alkoholu a nikotinu – informovanost dětí na 1. stupni ZŠ |
| Název v angličtině: | Dependence on alcohol and nicotine - awareness of children in the primary school |
| Anotace práce: | Diplomová práce se zabývá problematikou alkoholu a nikotinu. V teoretické části nejprve objasňujeme obecné termíny související s tematikou drog, v dalších dvou kapitolách již podáváme konkrétní informace o alkoholu a nikotinu. Popisujeme jejich účinky na lidský organismus, vznik a rozvoj závislosti a rovněž zmiňujeme příklady preventivních opatření. Poslední kapitola je věnována charakteristice žáka mladšího školního věku, neboť na tuto věkovou kategorii je zaměřen náš výzkum. V praktické části prezentujeme výsledky realizovaného dotazníkového šetření, kterým jsme u žáků zjišťovali míru informovanosti o alkoholu a nikotinu, a jejich případné zkušenosti s těmito návykovými látkami. |
| Klíčová slova: | alkohol, nikotin, závislost, prevence |
| Anotace v angličtině: | The diploma thesis deals with the problematic of alcohol and nicotine. In the theoretical part of the thesis I firstly examine the general terminology, connected with the topic of drug abuse, with the next two chapters focusing specifically on the detailed information about alcohol and nicotine. I describe their effect on the human system, the onset and progression of the addiction problem and I provide the examples of the drug abuse preventions connected with the aforementioned drugs. The last chapter of the theoretical part then characterizes the group of junior-high school children for |

| | |
|------------------------------------|--|
| | they are the focus group of the research. The practical part of the thesis presents the results of the applied questionnaire-form survey, the purpose being the examination of the degree of awareness of the focus group about the issues connected with alcohol and nicotine, and the previous experiences of the group with these substances. |
| Klíčová slova v angličtině: | alcohol, nicotine, dependence, prevention |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha 1 – Dotazník realizovaný ve výzkumném šetření Příloha 2 – Jak ovlivňuje alkohol naše zdraví Příloha 3 – Dítě s FAS, charakteristické rysy obličeje Příloha 4 – Dotazník, závislost na kouření CD |
| Rozsah práce: | 94 s. |
| Jazyk práce: | čeština |

Přílohy

Příloha 1 – Dotazník realizovaný ve výzkumném šetření

Příloha 2 – Jak ovlivňuje alkohol naše zdraví

Příloha 3 – Dítě s FAS, charakteristické rysy obličeje

Příloha 4 – Dotazník, závislost na kouření

Příloha 1 – Dotazník realizovaný ve výzkumném šetření

Milí žáci,

jmenuji se Petra Špačková a studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci. Na závěr svého studia píše diplomovou práci, pro kterou bude sloužit i tento anonymní dotazník. Tímto bych Vás chtěla poprosit o jeho pravdivé vyplnění. Zakroužkovat můžete vždy pouze jednu odpověď.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Jsem: dívka x chlapec (zakroužkuj)

Název školy: _____

Třída: _____

Věk: _____

1. Víš, co jsou to drogy?

- a) ano
- b) nejsem si jistý/á
- c) ne

2. Bavili jste se ve škole o rizicích spojených s pitím alkoholu?

- a) ano
- b) ne

3. Bavili jste se ve škole o rizicích spojených s kouřením cigaret?

- a) ano
- b) ne

4. Odkud získáváš nejvíce informací o drogách?

- a) ze školy
- b) od rodičů
- c) od kamarádů
- d) z televize
- e) z internetu
- f) z knih, časopisů
- g) jinde _____

5. Je podle tebe alkohol droga?

- a) ano
- b) ne

6. Je podle tebe cigareta droga?

- a) ano
- b) ne

7. Myslíš si, že je snadné přestat pít alkohol a kouřit cigarety?

- a) ano
- b) ne

8. Od kolika let je v České republice dovoleno pít alkohol a kouřit cigarety?

- a) od 15 let
- b) od 16 let
- c) od 18 let
- d) od 20 let

9. Myslíš si, že kouření cigaret škodí zdraví?

- a) ano
- b) ne

10. Povídáš si doma s rodiči o nebezpečnosti pití alkoholu, kouření cigaret?

- a) ano
- b) ne

11. Kouří tvoji rodiče?

- a) ano, kouří oba dva
- b) ano, moje máma kouří
- c) ano, můj táta kouří
- d) nikdo z rodičů nekouří

12. Kouří rodiče také u vás v domě, v bytě?

- a) ano
- b) ne
- c) nikdo z rodičů nekouří

13. Ochutnal/a jsi někdy alkohol?

- a) ano, ale bylo to pouze jednou
- b) ano, bylo to vícekrát
- c) ne, nikdy jsem neochutnal/a

14. Kolik let ti bylo, když jsi poprvé ochutnal/a alkohol?

- a) méně než 6 let
- b) 6 - 7 let
- c) 8 - 9 let
- d) 10 let a více
- e) neochutnal/a jsem

15. Jaký druh alkoholu jsi poprvé ochutnal/a?

- a) pivo
- b) víno
- c) tvrdý alkohol (rum, slivovice, vodka,...)

- d) likér (vaječný koňak)
- e) míchaný nápoj
- f) jiný alkohol: _____
- g) žádný

16. Kdo ti poprvé dal alkohol?

- a) rodiče
- b) sourozenec
- c) někdo jiný z rodiny
- d) kamarád
- e) já sám/sama
- f) někdo jiný: _____
- g) nepil/a jsem alkohol

17. Byl/a jsi někdy opilý/á?

- a) ano, jednou
- b) ano, vícekrát
- c) ne, nikdy

18. Kouřil/a jsi někdy cigaretu?

- a) ano, ale pouze jednou
- b) ano, bylo to vícekrát
- c) ne, nikdy jsem nekouřil/a

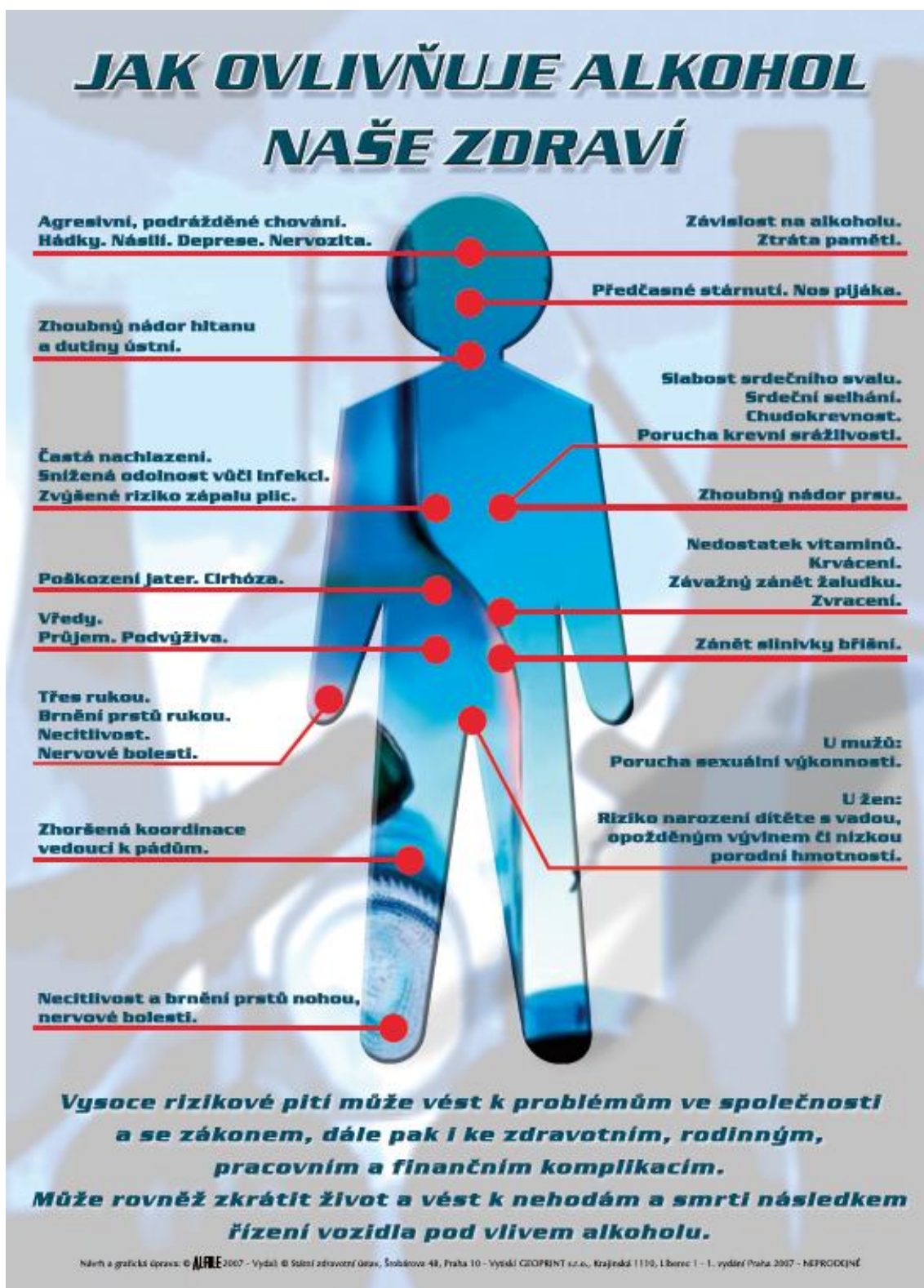
19. Kolik ti bylo let, když jsi poprvé kouřil/a cigaretu?

- a) méně než 6 let
- b) 6 - 7 let
- c) 8 - 9 let
- d) 10 let a více
- e) nikdy jsem nekouřil/a

20. Kdo ti poprvé dal cigaretu?

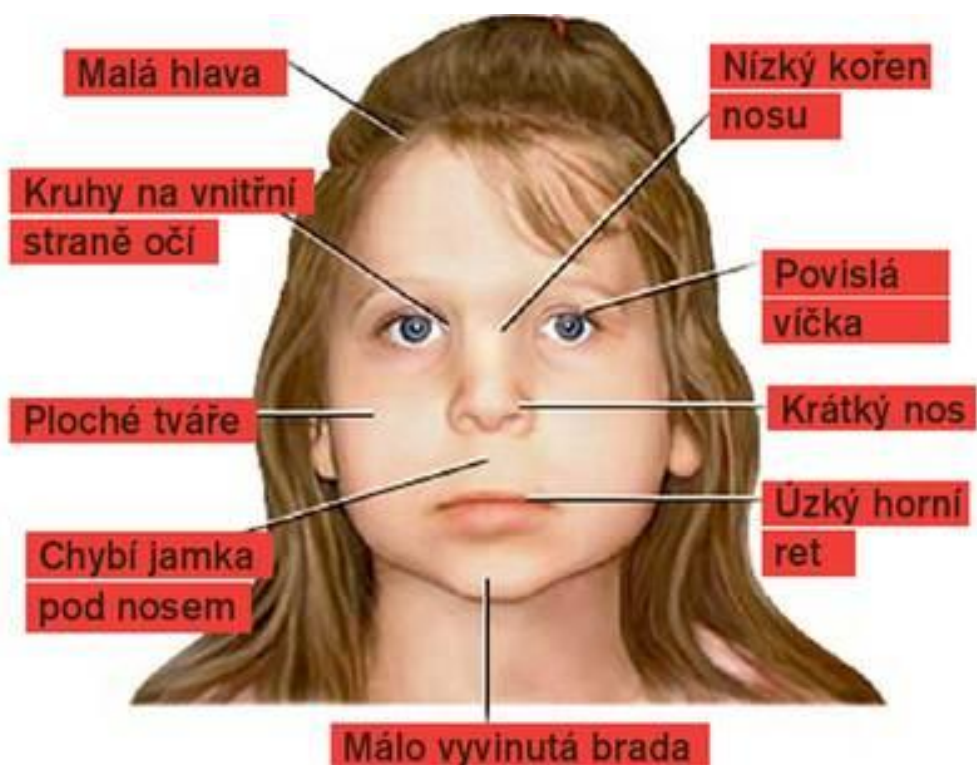
- a) rodiče
- b) sourozenec
- c) někdo jiný z rodiny
- d) kamarád
- e) já sám/sama
- f) někdo jiný: _____
- g) nekouřil/a jsem

Příloha 2 – Jak ovlivňuje alkohol naše zdraví



(Jak alkohol ovlivňuje naše zdraví, 2007)

Příloha 3 – Dítě s FAS, charakteristické rysy obličeje



(Mlčoch, © 2003 – 2016a)

Příloha 4 – Dotazník, závislost na kouření

DOTAZNÍK NA HODNOCENÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI NA KOUŘENÍ

(dle Fagerströma):

1. Jak brzy po probuzení si zapálíte cigaretu?

| | |
|------------------|--------|
| do 5 minut | 3 body |
| za 6 – 30 minut | 2 body |
| za 31 – 60 minut | 1 bod |
| po 60 minutách | 0 bodů |

2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde je to zakázáno?

| | |
|-----|--------|
| ano | 1 bod |
| ne | 0 bodů |

3. Kterou cigaretu si rozhodně neodepřete?

| | |
|-------------------|--------|
| první ranní | 1 bod |
| kteroukoliv jinou | 0 bodů |

4. Kolik cigaret obvykle kouříte denně?

| | |
|--------------|--------|
| maximálně 10 | 0 bodů |
| 11 – 20 | 1 bod |
| 21 – 30 | 2 body |
| více než 30 | 3 body |

5. Kouříte častěji dopoledne než odpoledne večer?

| | |
|-----|--------|
| ano | 1 bod |
| ne | 0 bodů |

6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

| | |
|-----|--------|
| ano | 1 bod |
| ne | 0 bodů |

Sečtěte všechny body a posuďte, zda jste závislý/á:

| | |
|-------------|---------------------------------|
| 0 – 1 bod | žádná nebo velmi malá závislost |
| 2 – 4 body | střední závislost |
| 5 – 10 bodů | silná závislost |

(Hrubá, 2013, s. 20)