

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013 – 2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

EVA KUKALOVÁ

**Vnímaná osobní účinnost a zdravý životní styl u žáků
středního školního věku s ADHD**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Felix Černoch, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013 – 2015

DIPLOMA THESIS

EVA KUKALOVÁ

**Self-efficacy and healthy lifestyle in basic school
students with ADHD**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. Felix Černoch, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předloženou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Dvoře Králové n/L dne

.....

Eva Kukalová

Poděkování

Za odborné vedení práce, poskytování cenných rad i věcné připomínky, bych ráda poděkovala Doc. PhDr. Felixovi Černochovi, CSc., který mi byl v psaní velkou oporou.

Mé poděkování patří také všem respondentům a zaměstnancům ZŠ Schulzovy sady, kteří mi tuto diplomovou práci umožnili zpracovat a vycházeli mi ve všem vstříc.

V neposlední řadě děkuji své rodině, která mě podporovala především morálně.

Anotace

Diplomová práce se zabývá pojetím zdraví, výživou, složkami a zásadami správné výživy, ale také informacemi o důležitosti kvalitního trávení volného času dětí, spojených se zájmovými aktivitami a pohybem. Dále definuje nezdravé způsoby životního stylu dětí, jednotlivé druhy závislostí, závislost na alkoholu, drogách, kouření, gamblingu, hromadných sdělovacích prostředcích.

Výzkumná část diplomové práce se zaměřila na vnímání zdraví a zdravého životního stylu dětmi středního školního věku. Cílem bylo detailní porozumění a seznámení se s vnímáním zdravého životního stylu dětmi středního školního věku s ADHD.

Klíčové pojmy

Zdraví, úzkost, tréma, psychická odolnost, pohybová aktivita, ADHD

Annotation

This dissertation deals with the conception of health, nutrition and its components, principles of healthy diet but also with the information concerning the importance of the way how to spend free time effectively in out-of-school activities and exercise, in connection with children. The work also defines characteristic features of the unhealthy way of life among children, different types of addictions like alcohol, drug, smoking, gambling and massmedia addiction.

The research part of the dissertation pays particular attention to the perception of health and healthy lifestyle of the middle school children. Its aim was the thorough understanding and perception of healthy lifestyle among middle school children with ADHD.

Key words

Health, fear, stage-fright, mental resistance, physical activity, ADHD

Obsah

Úvod	9
1 Charakteristika dětí se syndromem ADHD	11
1.1 Základní rysy u dětí s ADHD	11
1.2 Formy a podmínky integrace	12
1.3 Práce s třídním kolektivem	13
1.4 Nároky na vzdělávání žáků se syndromem ADHD	13
1.5 Obecné zásady	13
2 Zdraví a zdravý životní styl	15
2.1 Zdraví a jeho determinanty	16
2.1.1 Výživa a pitný režim	17
2.1.2 Zásady správné výživy	18
2.1.3 Složky správné výživy	20
2.2 Volný čas dětí středního školního věku	21
2.2.1 Střední školní věk	22
2.3 Zájmy a zájmová činnost	23
2.4 Pohybová aktivity a sport u dětí	24
2.5 Spánek	25
3 Nezdravý životní styl	27
3.1 Závislost	27
3.1.1 Psychická deprivace jako příčina závislostí	28
3.2 Drogy	29
3.2.1 Klasifikace drog	31
3.2.2 Legislativa a drogy	34
3.2.3 Závislost na nelegálních opiátech	36
3.2.4 Souvislosti spojené s konzumací drog dětmi	37
3.3 Alkohol	40
3.4 Tabakismus	43
3.5 Gambling	44
3.6 Hromadné sdělovací prostředky, sociální sítě	46
4 Faktory ovlivňující životní styl	52
4.1 Rodina	52
5 Mezi základní funkce rodiny jsou uváděny:	53
5.1.1 Rizikové rodiny	54
5.1.2 Resilience rodiny	55
5.2 Škola	57
5.2.1 Faktory ovlivňující interakci mezi učitelem a žáky	58
5.2.2 Vztah mezi učitelem a žákem	59
5.2.3 Pedagogické komunikace	61
6 Autoři Mareš a Křivohlavý (1989, s. 31) rozlišují tyto typy pedagogické komunikace:	62
6.1 Psychická odolnost	63
6.1.1 Protektivní faktory osobnosti	64
6.2 Chování podporující zdraví - duševní hygiena	66
7 Empirická část	70

7.1	Kvantitativní metodologie	70
7.2	Realizace výzkumu	71
7.3	Etické principy realizace výzkumu	71
7.3.1	Dotazníkové šetření u žáků 2. stupně ZŠ	72
7.4	Pracovní hypotézy	72
7.5	Výsledky výzkumu a interpretace	73
7.5.1	Hypotéza č. 1	73
7.5.2	Hypotéza č. 2	76
7.5.3	Hypotéza č. 3	79
7.5.4	Hypotéza č. 4	80
Závěr	83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	86
Příloha A – Dotazník		I

Úvod

V dnešním světě je „vyrůstat“ pro dítě náročné a to i v optimálních podmínkách rodiny i školy. Nejsou – li podmínky optimální, je situace pro dítě o to náročnější a mnohonásobně těžší. Některé těžkosti nejsou snadno odstranitelné, některé je možné za úsilí několika osob možné odstranit. Výzkumy naštěstí ukazují, příroda nás „vybavila dispozicemi, které nám umožňují vyrovnat se úspěšně i s těžšími protivenstvími a nepřízní“ (Šolcová 2009, s. 53).

Mezi jedny z nejčastěji diagnostikovaných dětských poruch v současné době patří ADHD .

ADHD znamená snížení pozornosti s hyperaktivitou, zkráceně hyperkinetický syndrom. Charakteristické pro děti s ADHD je zmatený přístup v práci i hře, nedokončené činnosti, zanedbání úkolů a neschopnost fázovat a tvořit plány. V poměru k prostředí je charakteristický zmatek, nepořádek a opomíjení věcí.

Hodnocení zdravého životního stylu je oblastí, v níž se mnozí cítí kompetentní. Téměř každý má vlastní zkušenost se zdravým životním stylem, nebo alespoň povědomí o hodnotách zdravého životního stylu a jeho vlivu na lidský organismus, potažmo na psychiku člověka. Odborníci, zabývající se touto oblastí, však hodnotí životní styl z různých úhlů pohledu. Tato hodnocení jsou natolik významná, neboť jde o oblast, kde doslova hrozí „nebezpečí z prodlení“. Dětem běží čas, v němž se mohou stát těžko napravitelné události související s nezdravým způsobem života, s jejichž následky se budou potýkat v následujícím životě a které půjdou třeba jen těžko napravit.

První kapitola diplomové práce se zabývá obecným úvodem pojetí zdraví a zdravého životního stylu dětí středního školního věku s ADHD. Zahrnuje nejen pojednání o výživě, složkách a zásadách správné výživy, ale také informace o důležitosti kvalitního trávení volného času dětí, zájmových aktivitách, pohybu a spánku.

Druhá kapitola definuje nezdravé způsoby životního stylu dětí, týkající se zejména závislostí na alkoholu, drogách, kouření, gamblingu, ale také na hromadných sdělovacích prostředcích.

Ve třetí kapitole obracím svou pozornost na faktory ovlivňující životní styl dětí a to zejména na rodinu, její funkci ve společnosti, dále na školu a protektivní faktory pedagogického působení na děti středního školního věku. Upozorňuji na závažnost psychické odolnosti dětí, protektivních faktorů osobnosti a psychické odolnosti dětí. Stručně se zmíním také o možnostech duševní hygieny a chování podporujícím zdraví dětí.

Výzkumná část práce je zaměřena na získání bližšího vhledu na specifické vnímání zdraví a zdravého životního stylu dětmi středního školního věku s ADHD. Ve čtvrté kapitole je nejprve popsán kvantitativní výzkum, dotazník, jehož prostřednictvím byl datový materiál zpracován a následně jsou zde uvedeny výstupy z výzkumného šetření.

Přínosem mé práce by mělo být podrobné seznámení s okruhem problematiky týkající se vnímání zdravého životního stylu dětmi středního školního věku. Předpokládám, že tato etapa dětství je rozhodující pro výchovu zdravého životního stylu dětí a s ním spojených žádoucích vlastností člověka a má tak vliv na jeho další vývoj a fungování ve společnosti.

1 Charakteristika dětí se syndromem ADHD

Poruchy pozornosti jsou vrozené či získané a děti je neovlivní ani vlastními silami. Z neurofyziologického hlediska mezi nejčastější příčiny poruch osobnosti patří difuzní poškození mozku v prenatálním, perinatálním a postnatálním období dítěte, anebo vlivy genetické, kdy může být jeden z rodičů hyperaktivní

Pozornost je hlavní schopností pro vývoj učebních dovedností, zejména kladné výsledky ve škole, které jsou pro dítě zcela zásadní. (Černá, 1999).

Koncentrace úzce souvisí s chováním, motivací a celkovým duševním blahem.

Pozornost jedince si vybírá stimuly, které jsou z jeho hlediska důležité. U dětí s hyperkinetickým syndromem je řízení pozornosti oslabené. Děti, které mají problémy se soustředěním neumějí využít svoji pozornost. Velice snadno se rozptýlí, jelikož nedokážou zpracovat najednou větší množství vjemů. Charakteristická je neklidnost, zapomnětlivost a chybovost.

1.1 Základní rysy u dětí s ADHD

U dětí s hyperkinetickým syndromem, je typická snížená pozornost, neklid, nepozornost, impulzivní chování. Bývají postiženi poruchami percepčních motorických funkcí, poruchy paměti, myšlení, poruchy chování a emoční labilita.

Pozornost u těchto dětí bývá nevýběrová, reagují nepřiměřeně, rychleji se unaví, nemají dostatečnou trpělivost, započatou činnost většinou nedokončí.

(Jucovičová, Žáčková, 2010)

Děti se chovají velice často negativisticky, nepřírozeně reagují na nedůležité podněty, jsou sebestředné a vzdorovité.

Znevýhodněné děti mají právo na vzdělání, obsah je přizpůsoben požadavkům a možnostem žáka a mají právo na podmínky, které jsou nedílnou součástí osobního rozvoje žáka. Díky právním předpisům mají učitelé možnost zvolit nejvýhodnější postup práce, který bude zaměřen na individuální potřeby žáka.

1.2 Formy a podmínky integrace

Vzděláváním dětí s ADHD se u nás zabývají

- Základní školy, které pracují s žáky s ADHD kteří jsou zahrnuti do kategorie žáků se specifickými potřebami.
- Specializované třídy pro děti s ADHD které jsou součástí základních škol.
- Speciální školy, které jsou určené pro děti s poruchami chování a učení.
- Instituce, které poskytují poradenství při řešení problémů s dětmi s ADHD.

S těmito institucemi by měly školy spolupracovat, jelikož vyučující nevědí, jak s těmito žáky pracovat. Uvedená pracoviště pak spolupracují se školou na proškolení učitelů.

Hlavním problémem dítěte s ADHD je neporozumění ať v rodinném prostředí tak mezi spolužáky ve škole, což vede k separaci dítěte. Dítě potřebuje podpořit, projevit náklonnost, aby mělo pocit, že ho respektujeme i s jeho handicapem a přesvědčíme ho, že jsme tu pro něj.

Dítě velmi často mívá pocity méněcennosti, což může vést k regresi, zlehčování anebo úniku. Takový žák nedokáže respektovat normy, chová se neadekvátně a výsledkem je zhoršený prospěch, častá kritika což vede k averzi na školu, učení.

U dětí s ADHD bývají velmi časté problémy s psaním a čtením jelikož jsou u těchto dětí specifické poruchy učení a poruchy pozornosti.

Typické jsou u poruchy sluchového vnímání, což následně vede k nepochopení slov.

Poruchy zrakového vnímání vedou ke špatnému popisu, co děti vidí na obrázku nebo se obtížně orientují v textu. Problém nastává, když žák musí odlišovat různá písmenka nebo si zapamatovat jejich pořadí ve slovech. Tyto děti mívají poruchy jemné i hrubé motoriky a poruchy prostorové orientace, které jsou typické tím, že děti zaměňují zrcadlově odlišná písmena a mají problémy s umístění písmen ve slově. (Serfontein, 1999).

1.3 Práce s třídním kolektivem

Žáci se syndromem ADHD neustále bojují o uznání, ocitají se v situacích, které nezvládají a cítí nesoulad mezi nároky okolí a svými možnostmi. Ve snaze předejít neúspěchu volí vypočítavé obranné mechanismy a tím je lhaní, zatajování, vymlouvání, podvádění a agrese. Agresi je nutno předcházet uvolněním aby,

nedocházelo k napětí, na dítě klademe přiměřené požadavky dle jeho možností a pokud je potřeba otevřeně mluvíme o jeho nesnázích s ostatními spolužáky ve třídě.

Pokud třídu navštěvuje žák s poruchou ADHD, učitelé by měli informovat rodiče i ostatní spolužáky o tom jaké budou provedeny kroky ve výuce.

1.4 Nároky na vzdělávání žáků se syndromem ADHD

Tito žáci vyžadují specifický přístup ve výuce, zvýšenou péči a obezřetnost což klade nároky na učitele ve školách. Takový žák se velmi špatně přizpůsobuje změnám, které by se měli minimalizovat na minimum např. střídání učitelů při výuce různých předmětů, ideální by bylo, kdyby jeden a ten samý pedagog vedl celou výuku.

Ideální by byla třída s menším počtem žáků, neboť žák s ADHD vyžaduje individuální přístup a více času při výuce.

Výuka dětí s tímto syndromem klade na učitele vysoké nároky. Žák vyžaduje individuální přístup a pochopení, což může vést k narušení výuky v celé třídě.

1.5 Obecné zásady

- Zájem o žáka a ochota mu pomoci.
- Věřit v žáka a v jeho schopnosti.
- Důkladná příprava na výuku.
- Oslovit rodinu a vytvořit příjemné prostředí pro žáka.
- Neponižovat a nezesměšňovat dítě.

- Chválit, dát mu možnost vyniknout.
- Získat pozornost žáka při výuce.
- Střídat činnosti a pracovat krátce.
- Tyto děti jsou neposedné, zaúkolovat např. rozdáním sešitu atd.
- Vytvoření zvyklostí třídy ve spolupráci s žáky.

Žáci se syndromem ADHD patří mezi jednotlivce se zdravotním postižením.

Je možnost vést výuku formou individuálního plánu s pomocí asistenta pedagoga.

Výuka takového žáka klade vysoké nároky na profesionalitu a osobnost pedagoga.

2 Zdraví a zdravý životní styl

Odborníci se zabývají otázkou, která etapa dětství je rozhodující pro výchovu zdravého životního stylu dětí a s ním spojených žádoucích vlastností člověka. U dítěte nebyly shledány žádné časové periody, které by byly pro nácvik zdravého životního stylu jednomyslně kritické. Nebylo prokázáno období, kdy by se určité chování dalo navodit a dále by to již nebylo možné. Jak uvádí Matějček (2007) „vývoj člověka probíhá tzv. kontinuálně, čili trvale, plynule a bez přerušení a velkých skoků. Přesto u dítěte existují vhodná období pro utváření určitých návyků či vzorců chování, tato období nejsou přesně ohraničena a nemají zdaleka osudovou závaznost“ (Matějček, 2007, s. 8). I přesto je ve výchově ke zdravému způsobu života zřejmé, že i když se ve výše uvedených kritických obdobích výchova promešká, nejedná se o nevratný jev, vždy je ještě náprava možná.

Zdraví patří mezi nejvýznamnější hodnotu života. Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací (WHO¹) definováno jako „stav, kdy je člověku dobře a to jak fyzicky tak psychicky i sociálně. Nejedná se tedy pouze o nepřítomnost choroby či neduživosti“.

Křivohlavý (2001) podává rozšířenou definici zdraví, které chápe jako celkový tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimálních kvalit života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.

Úkolem péče o zdraví je mírnit až odstraňovat nepříznivé podmínky života, nedostatky, znevýhodnění a rizika a zároveň upevňovat a posilovat kladné podmínky života zdravého.

Pokud se jedná o definici životního stylu, Mužík (2007) uvádí, že jde vlastně o celkový způsob života, skutečnost, jakým způsobem stravujeme, jakou máme

1

WHO, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla přijata v roce 1989, s platností od 1.1.1989

pohybovou aktivitu, hygienické návyky, spánkový režim, jakým způsobem relaxujeme, zahrnuje sem také sexuální chování, užívání návykových látek a účast na společenském životě.

Obecně se vyskytuje dělení na zdravý a nezdravý životní styl, přičemž zdravý životní styl má pozitivní vliv na naše tělesné a psychické zdraví. Zahrnuje vyváženou stravu, dostatek pohybu, pobyt na čerstvém vzduchu, vyhýbání se stresovým situacím, schopnost relaxovat. Nezdravý životní styl se naopak vyznačuje negativním vlivem na naše zdraví, zahrnuje kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, užívání návykových látek, nedodržování zásad správné výživy, nedostatek pohybové aktivity, nadměrnou psychickou zátěž, nedostatek spánku, jakékoliv rizikové chování člověka. Jak uvádí Machová a Kubátová (2009) následkem nezdravého životního stylu jsou nemoci a choroby (civilizační choroby, nádorová onemocnění, psychické poruchy atd.)

2.1 Zdraví a jeho determinanty

Dobré zdraví je podmíněno více faktory, stavem imunitního systému, duševní svěžestí, mírou sociální opory, kvalitou mezilidských vztahů, pohybovou aktivitou a také vyhýbání se zdraví poškozujícím vlivům a aktivitám (stresu, kouření, alkoholu, drogám). Ukazuje se však, že významný podíl na udržení zdraví a na rychlém bezproblémovém průběhu rekonvalescence mají také určité osobnostní charakteristiky jako je vnitřní kontrola, nezdolnost, houževnatost, míra optimismu, svědomitost, smysl pro humor, pocit smysluplnosti života a další. Mezi základní doporučení patří vyvážená skladba stravy, dodržování pitného režimu, fyzická aktivita, dostatečný odpočinek a spánek.

Jak uvádí Kunová (2004), „*ve vyspělém světě je patrná tendence ke zdravému životnímu stylu u lidí vzdělanějších, zatímco nižší sociální vrstvy inklinují k výběru jen na základě rychlosti a ceny potravin*“ (Kunová, 2004, s. 11).

Nejvíce patrný je negativní vliv stravy u dětí, jak uvádí Fořt (2000), děti jsou citlivější k jakémukoliv nedostatku ve výživě, trpí důsledky nesprávné výživy mnohem více a daleko častěji než dospělí. Důvodem je skutečnost, že děti mají relativně vyšší

příjem nutný pro vývoj a jakýkoliv nedostatek se projeví problémy, které lze pozorovat později v období dospívání a nakonec i v dospělosti.

2.1.1 Výživa a pitný režim

Výživa a stravovací návyky významně ovlivňují psychický a fyzický stav člověka, jeho pohodu a výkonnost. Fořt (2005) uvádí, že existuje těsný vztah mezi kvalitou výživy a zdravím, dosavadní výsledky výzkumu ukazují, že více než 40% všech chronických civilizačních onemocnění je způsobeno dlouhodobě praktikovanou nevhodnou výživou. Špatný výživový styl je jedním z hlavních příčin více než 60% všech onemocnění. Četnost výskytu civilizačních onemocnění v naší republice ukazuje vysoký poměr onemocnění tlustého střeva a onemocnění oběhového systému a srdce. Řešení problému vidí Fořt (2005) v zásadní změně přístupu jedince k vlastnímu životu, ke stravě. *„Základním prostředkem prevence předčasného stárnutí a vzniku chronických civilizačních onemocnění je správný životní styl“* (Fořt, 2005, s. 24).

Zdravá výživa je definována jako *„výživa obsahující kombinaci různých poživatin v takových množstvích, která zajišťují organismu všechny potřebné živiny v optimálním množství, obsahující dostatečné množství ochranných látek a minimální množství látek škodlivých“* (Stratil, 1993, s. 9). Zdravá výživa tak udržuje zdraví člověka do vysokého věku, působí preventivně proti vzniku degenerativních chorob.

Velmi důležitý je také pitný režim, který je nedílnou součástí stravy. V normálním denním pitném režimu má dospělý člověk vypít 2 až 4 litry vody za den, včetně polévek, tekutin obsažených v ovoci a zelenině. Potřeba je závislá na vnější teplotě, činnosti, hmotnosti jedince. Vstřebávání tekutin je silně snižováno např. Přidanými cukry (především glukózou). Jak uvádí Mikoška (2006) např. 46G glukózy na 1l snižuje vstřebatelnost na pouhých 39% celkového množství přijatých tekutin.

Známa jsou rizika nedostatečného příjmu tekutin. Jak uvádí Kunová (2004), nedostatek tekutin způsobuje dehydrataci organismu, dochází k bolestem hlavy až poruchám psychiky. Akutní nedostatek tekutin se projevuje žízní, větší ztráty vody vedou k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnosti až křečím. Chronický (dlouhodobý) nedostatek tekutin má za následek stálou únavu, pokles

výkonnosti, pravděpodobnost ledvinových kamenů apod. Přitom platí, že „největší problém s dodržováním pitného režimu mají děti, senioři, pracovní přetížení lidé a lidé, kteří hubou“ (Kunová, 2004, s. 63). U dětí se při nedostatečném pitném režimu setkáme s horšími školními výsledky, podrážděností, větší tendencí k onemocnění ledvin a močových cest.

U dětí definuje zásady spojené s pitným režimem Fořt (2000) následovně:

- první nápoj dětem musí být podán, jakmile vstanou, následně další část v průběhu snídani
- v průběhu dopoledne je nutné popíjet pravidelně
- pití většího objemu tekutin před obědem, během oběda a po něm není vhodné
- v průběhu odpoledne by měl být příjem tekutin vyšší než dopoledne, lze totiž předpokládat také vyšší fyzickou aktivitu dítěte
- před večerí, během ní a těsně po ní je situace stejná jako u oběda
- těsně před spaním lze nabídnout nápoj pokud nemáme jistotu, že příjem tekutin dítětem nebyl během dne dostatečný (Fořt, 2000, s.161).

2.1.2 Zásady správné výživy

Racionální výživa obsahuje optimální množství a poměr základních živin, minerálních látek a vitamínů a odpovídá současným vědeckým poznatkům o správném stravování. Racionální výživu definuje Stratil (1993) jako „*způsob výživy obsahující určitá množství poživatin se zřetelem na společensky přijatelné zdraví, ekonomickou výhodnost a stravovací zvyklosti. Nejvýhodnějším způsobem uspokojuje potřeby lidského organismu na energii a nepostradatelné důležité látky v konkrétních podmínkách jeho života a činnosti*“ (Stratil, 1993, s. 9).

Je tedy zřejmé, že od zdravé stravy může racionální výživa významně lišit. „*Moderní racionální výživa by měla být směsí různých výživových stylů, protože v každém z nich je možné najít něco pozitivního. Měla by respektovat individuální potřeby jednotlivce v závislosti na pohlaví, věku, fyzické aktivitě a genetických dispozicích,*

případně na aktuálním zdravotním stavu. Racionální výživa by měla respektovat vědecké objevy“ (Fořt, 2005, s. 45).

Množství a složení stravy je ovlivněno pohlavím, věkem, zdravotním stavem, tělesnou aktivitou a také prostředím, kde jedinec žije. Doporučuje se denně přijímat asi 15% bílkovin, 30% tuků a 55% sacharidů. Nevhodná skladba a množství stravy napomáhají vzniku civilizačních chorob (obezita, hypertenze, arterioskleróza, infarkt myokardu, onemocnění kloubů atd.).

Mezi základní doporučení pro moderní racionální výživu patří:

- vyhýbat se opakované konzumaci prokazatelně rizikových potravin a pokrmů
- používat co nejvíce potravin, vyznačujících se významně vyšším množstvím přirozených látek, bránících vzniku onemocnění
- skladbu potravy přizpůsobit věku, pohlaví, zdravotnímu stavu a dědičným vlastnostem (Fořt, 2005, s. 76).

Dále se doporučuje investovat do kvalitní stravy, zvyšovat kvalitu stravy systematickým používáním doplňků stravy, zvýšit příjem neslazených tekutin, nejíst uzeniny, vyhýbat se kravskému mléku s výjimkou zakysaných výrobků, nekombinovat tuky a cukry, nejíst tučné maso, nesmažit, zvýšit příjem vlákniny. Co se týká dětí, je třeba *„věnovat mimořádnou pozornost způsobu jejich stravování, protože jsou v současné době nejohroženější skupinou co do stravovacích návyků“ (Fořt, 2005, s. 79).*

Odborníci pravidelně připravují doporučení pro výživu, která jsou prezentována v tzv. Výživové pyramidě (grafickém znázornění vhodného složení stravy). Základnu pyramidy tvoří sacharidy, kterých bychom měli denně konzumovat 6-11 porcí. Zahrnují cereální produkty, chléb, pečivo, rýži, těstoviny. Druhé patro tvoří potraviny, které reprezentují zdroje ochranných látek – vitamínů, minerálů, vlákniny. Třetí patro obsahuje potraviny doporučované jako zdroj bílkovin. Vrchol pyramidy tvoří potraviny, které jsou ke konzumaci doporučeny střídavě, jsou to tuky a sladkosti.

„Potraviny umístěné v základně pyramidy jsou doporučovány jako ty, které by se měly jíst nejčastěji a v největším množství. Směrem k vrcholu pyramidy je lepší být ve

výběru potravin střídmejší a ve špici jsou umístěny potraviny, bez kterých je možno se obejít úplně a v jídelníčku by se měly objevovat výjimečně“ (Kunová, 2004, s. 12).

2.1.3 Složky správné výživy

Doporučené výživové dávky jsou vypracovány pro základní i doplňkové druhy živin. Do základních živin patří bílkoviny, tuky, cukry, vápník, železo, vitamíny A, B1, B2, B12, C, E a další. Mezi doplňkové živiny patří rostlinné bílkoviny, některé minerály a vitamíny (P, PP, zinek, hořčík, selen atd.).

Tuky jsou organické sloučeniny, dělíme je na rostlinné (palmový, kokosový) a živočišné (máslo, sádlo, lůj). Dále rozeznávám syntetické tuky, lipidy, které jsou nejednotnou skupinou organických látek, deriváty mastných kyselin. Tuky tvoří podstatu nevodných částí organismu. Látkou lipoidního charakteru jsou také steroidy². Zpracování či metabolismus tuků je důležité pro stavební funkci buněk a zásobu energie.

Cukry (sacharidy) jsou základní živinou s dostatkem energie. Dělí se na monosacharidy (glukosa, fruktosa, laktosa) a oligosacharidy (di, tri, poly). Cukry se štěpí během cesty trávicím ústrojím na jednoduché cukry, které se do krve vstřebávají v tenkém střevě. Sacharidy jsou zadržovány v játrech a postupně uvolňovány v podobě glukózy. Zvýšená hladina cukru (hyperglukémie) nastává při požití velkého množství sacharidů. Snížená hladina cukru (hypoglukémie) vzniká intenzivní prací či sportovním výkonem po dobu více než 2 hodin. Tělo je obecně schopné přijímat velmi rychle jednoduché cukry, které jsou zdrojem energie.

Bílkoviny (proteiny) jsou nejdůležitější složkou živé hmoty. Z hlediska sklady se bílkoviny dělí na proteiny a proteidy. Povahu bílkovin mají všechny enzymy, některé hormony, toxiny, antibiotika. Bílkoviny se štěpí v tenkém střevě na aminokyseliny a v této podobě se vstřebávají do krve. Aminokyseliny slouží k několika účelům – k syntéze bílkovin tkání a krve, k přestavbě na sacharidy a tuky, k syntéze některých hormonů, jako zdroj energie a k syntéze bílkovinných enzymů.

² Složitě organické látky, např. cholesterol, hormony, alkaloidy.

Mezi hlavní zásady racionální výživy patří:

- energetická hodnota stravy (příjem energie by měl být adekvátní jejímu výdeji)
- složení stravy (měla by obsahovat denně dostatečné množství základních živin, minerálů a vitamínů)
- správná příprava stravy (vhodné skladování i tepelná úprava potravin)
- správné časové rozložení jídla (nejčastěji 3-5 denních jídel)
- vhodné prostředí (čistota a kulturnost prostředí, vzhled pokrmu)

Co se týká druhu stravy, rozlišujeme stravu smíšenou, vegetariánskou, veganskou, syrovou, makrobiotickou, kyselinotvornou, zásadotvornou a diety různého typu. Současné směry ve výživě doporučují racionální výživu, která je přizpůsobená individuálním potřebám jedince. Mezi obecné zásady patří:

- omezit používání tuků, zejména živočišných
- více používat rostlinné oleje bez tepelné úpravy
- zvýšit spotřebu zeleniny, pokud možno syrové
- méně používat masa tmavá, zařadit do jídelníčku častěji ryby a mléčné výrobky (nejlépe kysané) se sníženým množstvím tuku
- zvýšit spotřebu tmavého pečiva na úkor bílého pečiva
- omezit používání vajec a vnitřností
- méně solit
- moučníky nahrazovat ovocem.

2.2 Volný čas dětí středního školního věku

Trávení volného času dětí středního školního věku souvisí s jejich seberozvojem a zájmy. Seberozvíjení (sebeaktualizace) „*představuje přirozenou a žádoucí tendenci ke vzrůstu vlastního já. Sebezdokonalování v jednotlivých činnostech je spojena se snahou všestranně rozšiřovat a modifikovat dispozice vlastního já a směřovat tak k*

optimálnějším ovládnutí prostředí a adekvátnější kontrole jevů, včetně uspokojování osobních potřeb, pohnutek, zájmů“ (Čačka, 1997, s. 231).

Díky stále se zvyšujícím nárokům na jedince či dítě v současné společnosti je sebeaktualizace spíše otázkou mimoškolních, zájmových, celoživotních aktivit. Školou vytvořený základ jednání je nezbytné dále prohlubovat. Čačka (1997) dále uvádí, že zájmové činnosti se v průběhu vývoje diferencují, orientují, přitom vlastní sebeaktualizace je vždy určována potencialitou osobnosti, interindividuálními předpoklady a osobní snahou o rozvíjení v zájmové činnosti.

2.2.1 Střední školní věk

Učebnice vývojové psychologie rozdělují školní věk dítěte na mladší a starší, přičemž starší školní věk se vlastně kryje s pubertou. Např. Matějček (2007) mezi výše uvedené dělení přidává věk střední.

Mladší školní věk zabírá období od šesti či sedmi let přibližně do osmi či devíti let. Toto dělení odpovídá dvěma prvním školním třídám. U chlapců se vždy počítá spíše s hranicí vyšší, u děvčat s nižší hranicí. Mladší školní věk je charakterizován jako *„období přechodné, krátké, kdy se s dítětem mnoho děje a kdy následkem toho jsou mezi dětmi poměrně velké rozdíly“ (Matějček, 2007, s. 57).*

Starší školní věk je také, co se vývoje dítěte týká, dramatickým obdobím, objevují se v něm individuální rozdíly mezi dětmi. Jedná se o období puberty, období pohlavního dospívání a zahrnuje věk od dvanácti do patnácti let, poslední třídy základní školy.

Střední školní věk na rozdíl od výše uvedených etap není obdobím přechodným, ale jedná se o velkou vývojovou epochu, období, kdy se individuální rozdíly mezi dětmi vyrovnaly. Sigmund Freud etapu středního školního věku označil za období latence. Období středního školního věku je obdobím *„relativně nejlepšího zdraví a vysoké tělesné výkonnosti dětí. Důvodem je skutečnost, že děti přestaly již dětsky stonat a harmonie tělesných proporcí jim umožňuje pracovat fyzicky s vytrvalostí mnohdy až překvapivou“ (Matějček, 2007, s. 58).* V tomto období, jak uvádí Stern (1977, in

Matějček, 2007) se u dětí objevuje specifické chování, tzv. rodičovské chování, diferencuje se identita podle pohlaví a chování vůči malým dětem.

2.3 Zájmy a zájmová činnost

V současné odborné literatuře jsou diskutována tři odlišná pojetí zájmu:

- zájem jako kategorie redukovatelná na pojem schopnosti či pozornosti
- zájem pojímaný jako prožitkový aspekt osobnosti či charakteru
- zájem jako specifický fenomén psychiky (Čačka, 1997, s. 232).

Je možné se však setkat s definicemi, které doslova nadhodnocují u zájmu jen některou dílčí složku duševního dění (kognitivní, prožitkovou, konativní) místo zachování celkové komplexnosti přístupu k zájmu. Hartl (1993) definuje zájem jako *„schopnost trvalejšího zaměření na určité činnosti, s výrazným emočním doprovodem. Zájem stimuluje myšlení, paměť, vůli a jiné psychologické procesy, přitom lidé se svými zájmy výrazně liší a to nejen jejich zaměřením, ale trvalostí, hloubkou, šířkou, intenzitou a hodnotou, vypovídají mnohé o osobnosti a životní dráze člověka“* (Hartl, 1993, s. 238). Nakonečný (2000) odlišuje zájmy a záliby. V užším smyslu je zájem chápán jako *„aktuální zaměření vědomí“* (Čačka, 1997, s. 233).

Z pohledu předkládané diplomové práce je upřednostňován zejména aspekt přínosu zájmu pro sebeaktualizaci, sebeuplatnění dětí školního věku. Guilford (1954, in Čačka, 1997) kategorizuje zájmy na:

- lingvistické (formálně jazykové)
- písařské a numerické (písařské)
- činnosti venku (příroda, atletika)
- mechanické (manipulace, konstrukce)
- sociální aktivity (sdružování)
- aktivity obchodně – politické (vůdcovství)

- vědecké (výzkum a teorie)
- osobní příspěvní a pomoc (osobní služba a sociální blaho).

2.4 Pohybová aktivity a sport u dětí

V současné době volnočasovou pohybovou aktivitu dětí střídají spíše počítače, videohry, sledování televize. Hovoří se o nedostatku pohybu u dětí a dospívajících, který má vliv na jejich fyzické, ale i psychické zdraví.

Význam pohybové aktivity pro děti lze jen těžko přecenit. V odborné literatuře se setkáme s mnoha studii působení primárně preventivních programů na vývoj dítěte. Protektivní účinek pohybové aktivity na zdraví popisuje také Šolcová (2009), která mluví o „*schopnosti navázat kontakt s mimoškolními organizacemi, uplatnění individuálních či uplatnění tělesné zdatnosti*“ (Šolcová, 2009, s. 35)³.

Protektivní vliv pohybové aktivity se dělí na:

- přímý
- nepřímý (Šolcová, 2009, s. 35).

Nepřímý účinek pohybové aktivity spočívá v tom, že pohyb umožní odklon od stresujících myšlenek, nebo aktivit, zmírní stres prostřednictvím kognitivních procesů a s nimi souvisejících emocí.

Také v dalších studiích je zmiňován zejména přímý vliv pohybové aktivity na zvládnání stresujících situací prostřednictvím psychofyziologických mechanismů. Šolcová (2009) např. uvádí, že „*pohybová aktivita příznivě ovlivňuje psychofyziologickou odpověď dětského organismu na psychickou zátěž a to již při anticipaci stresující situace*“ (Šolcová, 2009, s. 35).

Formou zdravého pohybu jsou také různé pomalé formy pohybových cvičení a jógy. Existuje řada her, cvičení a jógových pozic, které jsou zábavné a využitelné pro žáky středního školního věku.

³ Srov. Matějček, 1999

2.5 Spánek

Spánek je základní potřebou člověka. Již naši prarodiče říkali, že spánek posiluje. Dnes v moderním světě techniky, počítačů, televize a stálého spěchu už nejen rodiče, ale často i děti neznají, jak zdravý spánek probíhá a jak by měl být dlouhý.

Hartl (1993) definuje spánek jako celkový útlum činnosti ústředního nervstva provázený snížením intenzity většiny životních pochodů. Praško (2004) spánek definuje na základě jeho funkcí *„umožňuje fyzickou i psychickou obnovu, zvyšuje odolnost proti nemocem, pomáhá ukládání naučeného do paměti, emoční konsolidaci zážitků. Dostatečný a kvalitní spánek je důležitý pro dobré zdraví, přiměřenou náladu a výkonnost“* (Praško a kol., 2004, s. 20).

Z výzkumů vyplývá, že potřeba spánku se mění s věkem člověka. Po narození dítě potřebuje minimálně 18-20 hodin spánku denně, předškolní děti asi 12 hodin, s postupujícím věkem se potřeba spánku snižuje, u dospělých se uvádí jako průměrná hodnota 6 - 8 hodin spánku denně.

Po ulehnutí, kdy se odvracíme od okolního světa a uklidňujeme se, by se za několik minut měl spánek dostavit. V noci prochází náš spánek několika stadii. Významná je však zejména otázka kvality a hloubky spánku, přičemž platí, že *„čím hlubší je stadium spánku, tím vydatnější odpočinek a regenerace těla. V prvním stádiu se můžeme probudit snadno i na jemný podnět, ve druhém na oslovení, ve třetím na hlasité oslovení a ve čtvrtém stádiu teprve na bolestivý podnět“* (Mikoška, 2006, s. 55). Hovoří se o spánkovém cyklu, který trvá 90-120 minut a opakuje se čtyřikrát až pětkrát za noc. Obsahuje čtyři non-REM stádia a spánkovou periodu REM. *„REM spánek je fáze, kdy se nám zdají sny, kdy usilovně pracuje náš mozek a třídí zkušenosti předchozího dne nebo období“* (Mikoška, 2006, s. 55).

Mnozí lidé trpí poruchami spánku. Nejčastější spánková porucha je to, čemu běžně říkáme, že nemůžeme usnout. Tento stav se často dostavuje právě při stresu, starostech, v obtížném životním období.

Pokud se dostaví nedostatek spánku, projeví se sníženou výkonností, koncentrací, ale také zhoršenou adaptací na nové situace. Přitom *„dlouhodobý*

nedostatek spánku může působit jako neurotizující faktor nebo dokonce spouštěč deprese“ (Praško a kol., 2004, s. 20).

3 Nezdravý životní styl

O závislosti se v minulosti hovořilo jen v souvislosti s alkoholem a drogami. Fenomémem současné doby vnímá závislostní chování jako běžnou součást životního stylu zvláště dětí, mladistvých. Mnozí odborníci charakterizují současnou společnost jako nezdravou, projevující se naváděním konzumentů k závislostem. Se závislostním chováním se můžeme setkat v oblasti hracích automatů, sledování televize, práci na počítači, odborníci zaznamenávají závislosti na sektách, zvyšují se počty mladistvých závislých na alkoholu, drogách, cigaretách. Z tohoto důvodu se závislostní chování jeví stále častěji jako problém nejen medicínský, ale také pedagogický a sociálně pedagogický.

3.1 Závislost

Existují různé klasifikace závislostního chování. Závislost lidstvo provází od nepaměti. Lze konstatovat, že v současném technickém světě postihuje stále více a více lidí, aniž si to třeba uvědomují. Závislostí je celá řada. Snad nejvíce ohroženou skupinou vznikem závislostí je právě skupina dětí školního věku.

Nejčastější závislosti jsou na nealkoholových a alkoholových drogách. Velmi podstatné je zejména pro rodiče, ale také pedagogické pracovníky rozlišení hranice závislosti u dítěte, poznání, že dítě drogy užívá.

Jak uvádí Vágnerová, (2004) „*syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivních látek. Závislost lze chápat jako životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tuto látku*“ (Vágnerová, 2004, s. 548).

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (1992), stejně jako americká verze DMS-IV (1994) definují, že závislost se projevuje určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12-ti měsíců a vyznačují se:

- silnou potřebou získat a užívat tuto látku, tento stav bývá označován jako bažení (craving)

- neschopností kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání
- růstem tolerance, potřebou stále většího množství nebo častějších dávek
- abstinčním syndromem, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci.

Abstinční syndrom může mít různý charakter v závislosti na typu psychoaktivní látky a může být různě intenzivní. Přitom platí, že potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb. Závislý jedinec vynaloží mnoho času i prostředků, aby získal potřebnou drogu.

Typy závislosti na psychoaktivních látkách se dělí na somatické a psychické závislosti. Přitom platí, že *„riziko vzniku závislosti je nejvyšší u mladých lidí a dětí“* (Vágnerová, 2004, s. 550).

3.1.1 Psychická deprivace jako příčina závislosti

Psychická deprivace bývá definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu (Langmeier, Matějček, 1974). Takový stav vzniká ochuzením určitých žádoucích podnětů, postiženému jedinci není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil. Vedle biologických potřeb, které musí být v náležitě míře uspokojovány, má-li se dítě vyvíjet v osobnost psychicky zdravou a zdatnou. Matějček a Dytrych (1994) dále definují vitální potřeby:

- Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů. Její uspokojení umožňuje naladit organismus na určitou žádoucí úroveň aktivity.
- Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoliv učení.

- Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů, tj. k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Její náležité uspokojování přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
- Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty, z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, neboli vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.
- Potřeba otevřené budoucnosti. Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje jeho životní aktivitu. Naděje překonává stagnaci.

Předpokládá se, že deprivace může být jednou z klíčových příčin běžně se vyskytujících poruch chování a také vzniku závislostí u dětí a mladistvých. V následujícím textu se zaměřím pouze na závislostní chování, které dominuje u sledovaných věkových kategorií (u dětí středního školního věku). Jsou to závislost drogová, jako nejrozšířenější závislost, závislost na alkoholu a tabáku jako legalizované a tolerované závislosti, jedná se o průchozí drogy v závislostní kariéře dětí a mladistvých. Zmíním se také o závislosti na hracích automatech, která zaznamenává v posledních letech prudký nárůst ve sledované populaci.

3.2 Drogy

Drogy. Látky obestřené tajemstvím, které přitahují a současně vzbuzují obavy. Každý z nás má na tuto problematiku vlastní názor, vytvořený zkušeností, osobnostním zaměřením, hodnotami. Populace dětí patří mezi skupiny nejvíce ohrožené vznikem a rozvojem závislosti na alkoholových a nealkoholových drogách. Dle údajů *„téměř 40% uživatelů začíná experimentovat s nelegálními drogami v dětství. Iniciační drogou je marihuana. Co se týče drog tzv. Legálních, do 13ti let věku si většina dětí odbývá křest nikotinem a alkoholem“*⁴

Z výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2006 vyplývá, že zkušenosti s drogami má přibližně 25% žáků ZŠ. Nejčastěji vyhledávanými drogami

⁴ Epidemiologie drog a uživatelů drog, 2001, s. 21.

jsou extáze a konopné látky. V populaci žáků ZŠ je poměrně častá také zkušenost s užíváním těkavých látek, některé děti mají také zkušenost s opiáty a stimulanty.

Celosvětově je velký nadbytek drog, přírodních i syntetických. Z tohoto důvodu se stále hledají nová odbytí a oblast drogové problematiky se velmi rychle mění. Objevuje se celosvětový nárůst spotřeby legálních i ilegálních drog. Oproti předcházejícím létům došlo k výraznému posunu např. v oblasti věkové hranice užívání návykových látek, o které lze v současnosti mluvit už u populace dětí ve věku 10-12 let. Tato situace platí u nás i v okolních evropských zemích. V české populaci však existuje vyšší míra prevalence užívání nelegálních drog oproti celoevropskému průměru⁵.

Např. z výsledků Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008⁶ vyplývá, že česká populace je obecně velmi tolerantní k každodenní konzumaci alkoholu a kouření tabáku. Třetina populace schvalovala jednorázové experimenty s nelegálními drogami a příležitostné užívání návykových látek. Více jak 60% dotázaných nepovažovalo za rizikové jednorázové užití konopných látek, téměř polovina nepovažovala za rizikové jednorázové užití extáze⁷. Výsledky studií jsou alarmující a nabádají k dalšímu zamyšlení se nad danou problematikou. Obdobné výsledky přináší ve svých šetření také Miovský (1997), který se snažil zmapovat rozšíření drog (legálních i nelegálních) mezi středoškoláky již od 90. let.

Pokud jde o skupinu školou povinných dětí, téměř téměř čtvrtina dospívajících kouří a nepravidelně užívá alkohol. Tyto údaje odpovídají také způsobům trávení volného času, kdy většina středoškoláků řadí „aktivity“ následovně: internet, poslech hudby, čas s partnerem, sport, parta, hudební akce, restaurace.

⁵ Data z celopopulačních studií realizovaných 2010, 2011 in Mravčík et al., Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravého způsobu života v roce 2009 a 2010, Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů v roce 2010, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES_SONES, 2009, Csémy et al, 2009, Hibell et al., 2009 a další.

⁶ Realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ve spolupráci s Centrem adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Lékařský informačním centrem na reprezentativním vzorku 4500 respondentů ve věku 15-64 let. Cílem studie bylo zhodnotit situaci v oblasti užívání legálních a nelegálních drog v České republice. V rámci studie byly sledovány ukazatele týkající se kouření, konzumace alkoholu, užívání psychoaktivních léků, nelegálních drog, ale také tolerance a vnímání rizikovitosti užívání návykových látek a jejich dostupnosti.

⁷ Celopopulační studie, užívání návykových látek, Úřad vlády České republiky, 2012, 1. vyd., s.113.

Z hlediska zneužívání nelegálních návykových látek jsou mezi dětmi jako nejrizikovější skupina označována - taneční scéna, hip-hop, skate a graffiti. Právě zde dochází nejčastěji ke zneužívání marihuany, pervitinu, lysohlávek, extáze a LSD. Nejméně se naopak objevuje toto zneužívání u subkultury metal, kde převažuje marihuana a další drogy se vyskytují okrajově, ve větším množství zde však dochází k požívání alkoholu. Zvláštní postavení mají příslušníci hnutí skinheads, kteří ilegální drogy přímo odmítají.

3.2.1 Klasifikace drog

Drogy je možné dělit v závislosti na několika faktorech. Jedním je riziko, které droga vyvolává, původ drogy, účinky drogy, společenská přijatelnost v dané zemi apod. Kalina (2008) uvádí, že droga je látka se dvěma základními vlastnostmi:

- psychotropní efekt, který modifikuje naše prožívání a mění způsob našeho vidění světa
- potenciál závislosti, kdy dlouhodobé a pravidelné užívání může vyvolat závislost

Užití drogy či užívání drog se tak děje v přijatelné době, v přijatelném množství, v přijatelném věku a přijatelným způsobem. Oproti tomu *zneužívání (abusus)* je užívání, které je příliš časté, ve velkých množstvích, v nevhodnou dobu. Nemusí vést k závislosti ale nese v sobě riziko zvyšování dávky a rostoucí závislosti, může navíc způsobit poškození organismu.

Významné argumenty tvoří zdravotní aspekty užívání návykových látek. Osoby užívající návykové látky, zejména ti, kteří si aplikují injekčně drogy jsou ve zvýšené míře vystaveny riziku vzniku infekcí, virové nákazy. V některých evropských zemích bylo v posledním desetiletí šíření infekcí spojených s užíváním drog předmětem opatření zaměřených na jeho kontrolu. Bylo stanoveno několik hlavních intervencí, jež mají

sloužit k omezování a prevenci infekcí mezi uživateli drog v Evropě. Ty vycházejí z rozsáhlých výzkumů.⁸ Patří sem zejména:

1. programy výměny jehel a stříkaček
2. další intervence zaměřené na prevenci hepatitidy typu C, HIV a infekcí
3. léčba uživatelů drog zaměřená na prevenci

Ve sféře zdravotnictví však není možné dosáhnout takové síly průkazu, jako je tomu v případě experimentálních výzkumů. Navíc poruchy vyvolané užíváním drog postihují značnou část populace. Dle výsledků epidemiologické studie Národního úřadu pro duševní zdraví⁹ je zřejmé, že tyto poruchy lze diagnostikovat u téměř 20% populace.

Asi nejznámějším dělením je míra míra poškození, které může droga u jedince vyvolat. Podle ní rozlišujeme měkké a tvrdé drogy. *Měkké drogy* jsou z hlediska zdravotních, sociálních a i společenských rizik relativně bezpečné. *Tvrdé drogy* mají naopak schopnost vyvolat vážné poruchy zdravotní, užívání vede často k sociálním debaklu a závislý je často z hlediska společnosti spíše škůdcem.

Podle účinku dělíme drogy do několika skupin. Mezi nejznámější patří:

Stimulační látky – silně povzbuzují CNS, odstraňují únavu, zvyšují sebevědomí, zvyšují pracovní výkon

Halucinogeny – vyvolávají změny vnímání a myšlení. Okolní svět se po jejich užití z hlediska intoxikovaného zásadně mění. Mohou povzbudit tvůrčí schopnosti, intoxikovaný často vnímá situaci a věci kolem sebe ze zcela nového hlediska.

Podle 4. edice Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch Americké psychiatrické asociace¹⁰ je abúzus látky definován jako maladaptivní vzorec

⁸ Přehled intervencí poskytují zejména dvě expertní zprávy ECDC/EMCDDA

⁹ In Rieger et. al., 1990

¹⁰ DSM-IV in Nechanská a kol. Zneužívání psychoaktivních léků v ČR, str.11

užívání látky vedoucí ke klinicky významnému poškození nebo psychické úzkosti, projevených jednou nebo vícekrát v následujících 12ti měsících:

- opakující se užití látky vedoucí k neplnění zásadních povinností v práci, škole, doma
- opakující se užití látky v situacích, kdy je to fyzicky nebezpečné (řízení automobilu)
- opakující se právní problémy spojené s užíváním látky
- užívání pokračující i přes trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobené nebo obnovené efektem dané látky.

V systému kontroly zacházení s nelegálními látkami se náš postoj může odvíjet od represivního směrem k liberálnímu. Názorově se tedy můžeme pohybovat od naprosté kontroly drog, prohibice¹¹ k depenalizaci, dekriminalizaci a legalizaci.

Např. Zábranský (2005) užívá místo pojmenování systémů kontroly nelegálních látek pojmu "modely drogových politik". Dále Zábranský (2001) prohibici definuje jako úplný zákaz látky, který platí pro její výrobu (pěstování), užívání, držení a obchod, látka nesmí být nikomu předávána.

Pokud jde o dekriminalizaci látky, jedná se o vyjmutí z působnosti trestního práva. Konkrétní znaky dekriminalizace jsou podobné jako u prohibice dané látky, je zakázána její výroba, obchod a předávání, ale její držení a užívání není trestné. Systému legalizace podléhá u nás i nadále alkohol, tabák, mluvíme o legálních drogách na našem trhu).

Diskuse o způsobu, jak přistupovat k drogové problematice je stará již několik desetiletí. Jejím základem jsou tři mezinárodní drogové úmluvy:

1. Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961
2. Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971

¹¹ Prohibice látky znamená její úplný zákaz užívání.

3. Úmluvu OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988.

Země, které ratifikovaly tyto mezinárodní dokumenty, se tím zavázaly k tomu, že podstatou systému jejich drogových politik bude potlačování nabídky a poptávky po nelegálních drogách.

3.2.2 Legislativa a drogy

Protidrogová politika sleduje dva základní přístupy, důrazně represivní, s cílem osvobození společnosti od drog a s důrazem na „liberalizaci“, kdy sleduje omezování škodlivých důsledků zneužívání drog. Právě do politiky liberalizační zařazujeme také různé legalizační tendence populace i odborné veřejnosti. Přitom se ukazuje, že převážná část odborníků i občanů České republiky se staví proti legalizaci drog v České republice. Protidrogová politika v naší republice je zaměřena zejména prohibičně, reaguje na užívání drog represí. Pro pochopení argumentů problematiky legalizace drog je nutné se orientovat v legislativních přístupech. Držení drog pro osobní potřebu je zakázáno ve všech státech EU. Za držení těchto látek existují různorodé sankce.

Z pohledu trestního práva byla i v minulosti velmi přísně vyvozována trestní odpovědnost vůči osobám užívajícím drogy. Byly a jsou postihovány i drobné manipulace s léčivými distribuovanými oficiálními lékárnami. Ustanovení o nedovolené výrobě a držení omamných prostředků a jedů v našem trestním zákoně je upravena tak, aby odpovídala úmluvě proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami. Podle této úmluvy jsou vymezeny i pojmy návyková látka, ohrožení pod vlivem návykové látky, a byly zvýšeny sazby za trestné činy spojené s drogami. Kromě toho byla rozšířena i působnost trestního zákona odkazem na vyhlášené mezinárodní smlouvy.

Přesné vymezení druhů a hmotností látek, které jsou považovány za omamné a psychotropní, je uvedeno v *Nariženiím vlády č. 467 / 2009 Sb.* Dále se této problematikou zabývá zákon o návykových látkách, který upravuje legální nakládání s

návykovými látkami, pěstování povolených odrůd konopí, máku aj. Problematika drog je především řešena trestním zákonem č. 140/1961 Sb.

Podle zákona není užívání drog samo o sobě není trestné. Trestné je přechovávání - držení drogy a zejména její výroba (pěstování). Jako tzv. drogové delikty jsou označovány trestné činy, které nalezneme v hlavě sedmé trestního zákoníku pod názvem Trestné činy obecně nebezpečné, v díle prvním mezi trestnými činy obecně ohrožujícími. Konkrétně se jedná o činy uvedené v § 283 – 287 TZ. Společným znakem trestných činů obecně ohrožujících je zpravidla velký rozsah nebezpečí. Nebezpečí mohou být konkrétní, abstraktní, bezprostřední a vzdálená

Je uveden taxativní výčet zakázaných látek a hmotnost účinné látky v ní. Pokud bude mít pachatel u sebe množství větší než malé, popř. zde budou jiné přitěžující okolnosti, bude již na celý skutek nahlíženo jako na trestný čin. V opačném případě bude jednání pachatele posuzováno podle ustanovení § 30 odst. 1 písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., přestupkový zákon, ve znění pozdějších předpisů.

Pro potřeby praxe, zejména orgánů činných v trestním řízení, bylo nutné vytvořit sjednocující hranici pro oddělení trestného činu a přestupku ve spojitosti s drogami. Z tohoto důvodu byl definován pojem *množství větší než malé*. Dne 9. 4. 2014 bylo kolegiem Nejvyššího soudu České republiky zveřejněno stanovisko k výkladu tohoto pojmu. „*Za množství větší než malé ve smyslu § 284 odst. 1, 2 trestního zákoníku je třeba obecně považovat takové množství přechovávané omamné nebo psychotropní látky nebo jedu, které vícenásobně – podle ohrožení vyplývajícího pro život a zdraví lidí ze škodlivosti jednotlivých látek – převyšuje běžnou dávku obvyklého konzumenta.*“¹² Orientační hodnoty určující množství větší než malé jsou uvedeny v příloze tohoto stanoviska. Ohledně konopných produktů je touto hranicí více než 10 gramů sušiny u marihuany a 5 gramů u hašiše a to při obsahu THC 1 gram.

¹² Stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu ze dne 13. března 2014, „množství větší než malé“ u omamných a psychotropních látek a přípravků je obsahujících a jedů (§ 283, § 284, § 285 tr. zákoníku).

Mimo trestnou činnost související s neoprávněným nakládáním a výrobou drog, kterou označujeme jako primární drogovou kriminalitu, se uživatelé velmi často dopouští tzv. sekundární drogové kriminality. Jedná se o trestnou činnost související s drogami, kde jsou definovány čtyři druhy páchaných trestných činů:

- trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky, jako důsledek jejich akutního nebo chronického užívání
- trestné činy spáchané za účelem získání peněz, většinou na financování užívání drog
- trestné činy spáchané v rámci fungování nezákonných drogových trhů jako součást procesu nezákonné nabídky, distribuce a užívání drog
- trestné činy spáchané porušováním drogové legislativy a souvisejících právních předpisů

Dle názoru odborníků z řad lékařství, by legální použití drogy mělo být vyhrazeno pouze pro krajně trýznivé a jinak neodstranitelné životní situace. Rozhodovat by o ni neměl jedinec sám. Mělo by být vyhrazeno jen oficiálně oprávněným lékařům, příslušně odborně vzdělaným, ve svém povolání také již dostatečně zkušeným, lidsky zralým a zodpovědným, s přiměřenou schopností empatie, vcítění se do duševního stavu druhého člověka.

3.2.3 Závislost na nelegálních opiátech

Je závažný stav, který je často spojen s vážnými nemocemi (především HIV/AIDS, hepatitida typu B a C) a s vysokou úmrtností. Injekční užívání je v mnoha zemích jednou z hlavních příčin šíření infekce HIV, kdy se šíří díky sdílení kontaminovaných jehel a materiálu. Takový stav hrozí rozšířením do obecné populace (sexuálním kontaktem, přenosem z matky dítě). Jedná se o negativní jev, který velkou měrou přispívá k nárůstu chudoby, kriminality, rozpadu rodin a zvyšuje výdaje státní správy. Závislost na opiátech může působit sociální, zdravotní a ekonomické problémy.

Některé zdroje uvádí, že závislost na opiátech je stav, v němž dochází ke změnám neurochemie a receptorových míst v mozku, v důsledku čehož se potřeba drog stejně biologicky danou jako potřeba jíst či dýchat. I když se s tímto názorem neztotožňují všichni, obecně se uznává, že závislost na opiátech je chronická relapsující nemoc, která je obtížně zvládnutelná z důvodu nutkavého užívání drog a bažení po droze, což vede k vyhledávání drog a opakovanému užívání, a to i přes závažné negativní zdravotní a sociální následky.

Připouští se, že ne všechny případy závislosti na opiátech jsou chronické a některé osoby, které splňují diagnostická kritéria látkové závislosti, se zcela uzdraví bez léčby. Avšak mnozí lidé, u nichž se rozvinou poruchy v důsledku závislosti, projdou po léčbě vícenásobnými relapsy a jsou považováni za osoby, u nichž přetrvává nebezpečí relapsu po řadu let a možná i po celý život (WHO, 2004; UNODC, 2003)

V současné době existuje řada různých možností léčby, od lůžkové bezdrogové až po ambulantní farmakologicky asistovanou léčbu, včetně udržovacích a detoxifikačních režimů. Vědecké důkazy ukázaly, že závislost na opiátech lze nejlépe vyléčit kombinací pokračující ambulantní terapie, medikace a sledování, s cílem udržet pacienty v léčbě pro maximalizaci a uchování plných přínosů léčby. Jako nejefektivnější forma léčby u největšího počtu lidí se závislostí na opiátech se ukázala substituční léčba (WHO, 2004).

3.2.4 Souvislosti spojené s konzumací drog dětmi

Současná odborná literatura přináší varianty pohledů na problematiku užívání drog. Jednou z nich je přístup, který zohledňuje sociální souvislosti konzumace drog, který ve svém díle přináší Janík a Dušek (1990) v práci *Drogy a společnost*. Nalezneme zde pojetí užití drogy jako společenského jevu, v rámci problematické party, společnosti. Podobné vysvětlení přináší také dílo Koti a Jedličky (1996), které vysvětluje konzumaci drog v souvislosti s hodnotami dnešní civilizace.

V našem prostředí se výzkumu drogové problematiky věnuje především Miovský (2001, 2003). Ve svých dílech se snaží postihnout souvislosti a specifika drogových uživatelů. Uživatele označuje jako nekonformní společenství a skupiny a

hovoří zde o efektu vnitroskupinové percepční deformace. Užívání drog je v rámci této skupiny chápáno jako společenská záležitost, droga je prostředkem společenského dění. V okamžiku, kdy se pro uživatele stává skupina ostatních uživatelů drog skupinou referenční, dochází k určitému odcizení od okolí, uživatel se stává outsiderem v normální společnosti, nezapadá do ní, s ostatními lidmi si nerozumí.

K podobným výsledkům dochází také Zuda (2000), který se zabývá otázkou vrstevnických skupin experimentujících s drogou. Vrstevníci hrají významnou roli při experimentech s návykovými látkami. Autor současně potvrzuje významnost faktoru rodiny, kdy její nefunkčnost vede k drogové závislosti. Zuda (tamtéž) popisuje vznik drogové kariéry vstupní drogou bývá alkohol, následuje zkušenost s marihuanou, dále nastupuje tvrdá droga pervitin (zhruba do 2,5 roku), heroin (také do 2,5 roku). Linie je uzavírána injekční aplikací drog, zejména heroinu (do období 6 měsíců) a následně prvními abstinenčními příznaky (zhruba do šesti měsíců).

Nejnovější práce Kajanové a Kolářové (2012) které také využívají pro zkoumání konzumace drog sociologické hledisko, se zabývají pojmenováním subkultury drogově závislých. Tato subkultura tvoří identitu skupiny, obsahuje vlastní subkulturní specifika, které ovlivňují vzorce užívání drog a to jak negativně, kdy podporují konzumaci drogy jako subkulturní prestiže, tak pozitivně, kdy mohou užívání drogy redukovat. Příkladem je injekční aplikace heroinu. Tímto tématem se v zahraničí zabývá Thornton (1995) ve svých studiích taneční scény v Británii. Subkultury revoltují vůči třídní kultuře rodičů a přitom vyznávají beztřídnost ve společnosti.

Drogovou subkulturu definují sdílené hodnoty, normy, rituály, role, spojením pro uživatele je droga. Johnson (2005) rozlišuje v rámci drogové subkultury tři role - prodejce, kupce a uživatele a čtyři sdílené normy - sdílení zkušenosti s drogou, prožívání užívání jako příjemné činnosti, stoupající frekvence užití drogy a znalost její distribuce formální i neformální cestou.

Johnson (2005) dále rozlišuje čtyři drogové subkultury:

- alkoholovou
- konopnou
- heroinovou

- subkulturu polymorfních uživatelů drog.

Užívání drog se tak podílí na vytváření spojení mezi působením kultury, subkultury a utvářením identity člověka. Z tohoto důvodu platí, že ačkoliv je užití drogy individuální volbou, subkultura drogového společenství dodává této aktivitě ten pravý význam.

Pokud se podíváme na opačnou stranu názorového mínění, např. výzkum Morávka (2007) ten naopak zpochybňuje skutečnost, že dlouhodobá konzumace drog vyúsťuje v drogovou závislost. Na výše uvedené navazuje Nepustil (2009) a Nechutný (2010), kteří se zabývají otázkou kontrolovaného užívání drog a samovolnému ukončení kariéry uživatelů drog. K tomuto ukončení uživatele vede pouze vlastní rozhodnutí, které není podloženo žádným lékařskou či terapeutickou intervencí. Nejedná se přitom pouze o ukončení užívání lehkých konopných drog, ale také pervitinu a opiátů. I přes výše zmíněné poznatky autoři nahlížení užívání drog jako projev patologie, které s sebou nese zejména psychologickou závislost na látce, patologické projevy a komplikace v sociálním zařazení jednotlivce.

Užívání drog v dnešní společnosti lze chápat jako určitý exces, který logicky pramení z tvárnosti dnešní doby. Současná situace drogové problematiky v České republice je odrazem dlouhodobé tradice alkoholismu, zvýšené konzumace léků, ale i krizí rodiny a s ní spojeným vysokým stupněm rozvodovosti. Je zřejmé, že neexistuje zaručená metoda, který by problematiku drog vyřešila. V tisku a médiích se denně setkáváme s povzbuzením, jak kvalitní je práce v protidrogové oblasti, jaká je kvantita vycvičených odborníků, kolik organizací se touto problematikou zabývá. Realita je však často jiná. Stále se zvyšuje počet závislých, drogy se stávají běžnou záležitostí už ve školách, oblast prostituce a její drogová součást není dostatečně koncepčně zpracována, metodika a výcvik pracovníků pomáhajících profesí často neodráží skutečné potřeby.

Efektivnost finančních prostředků rozdělovaných do oblasti drogové problematiky velmi často nechává prostor pro zneužívání a plýtvání, jenom prevencí se kromě řady nevládních organizací zabývají ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví, školství, obrany, hospodářství i vnitra. Přitom finance na protidrogovou práci jsou současně záležitostí měst, obcí.

Zásadním prvkem je změna postojů jednotlivce, komplexní resocializace. Prevence je v podstatě jen jedna, výchova v rodině. Rodiče vychovávají buď dobrého, nebo špatného člověka. Podstatné je, aby děti výchovou ve zdravě fungující rodině převzaly dobře fungující životní postoje rodičů. Samotné chování rodiče k dětem, ke starým lidem, okrajovým skupinám, závislým apod., určuje pozdější kvalitu vztahu dítěte k okolí. Je důležité vědět, kdo názorově formuje současnou mládež, kdo jí předkládá vize, ať už jde o osoby, či média. Problémem tak nezůstávají drogy, drogová scéna obecně, ale život a způsob, jakým ho žijeme.

3.3 Alkohol

Alkohol je velmi starou drogou. V naší společnosti je alkohol „nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská“ (Vágnerová, 2004, s. 555). Pití alkoholických nápojů má velmi dlouhou tradici a společnost je vůči pití značně tolerantní. Přitom v České republice dochází k výraznému zneužívání alkoholu u dětí a mladistvých. Důvodem této neutěšené situace může být vzestup nabídky alkoholu včetně vliv reklamy, jeho snadná dostupnost. Propagace a reklama alkoholických nápojů je vysoká. Přitom u dětí je alkohol mimořádně nebezpečný, závislost na něm vzniká mnohem rychleji, řádově i během několika měsíců. Závislost na alkoholu však není jediným rizikem pro dospívající, k dalším patří úrazy (zejména v dopravě), otravy, pohlavně přenosné nemoci, trestná činnost zejména násilného charakteru, zhoršení mnoha běžných onemocnění apod.

Jak uvádí Dvořák a kol. (1996) organismus dětí je alkoholem mnohem více ohrožen, protože játra nedokáží odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých. Také mozkové buňky jsou na alkohol citlivější, již jeho malé množství může u dětí vyvolávat nebezpečnou otravu.

Czémy, Svobodová, Adamec (1994) uvádějí, že procento žáků 6. tříd, kteří uvedli zkušenost s požitím destilátů se výrazně zvyšuje, dosahuje 40%. Také intoxikace alkoholem není u dětí v naší republice výjimečným jevem. Výsledky výzkumu, který provádělo Národní centrum podpory zdraví ve spolupráci s WHO dokazují, že stav „opravdové opilosti“ dvakrát častěji uvedlo 37% chlapců a 22% dívek ve věku kolem

14ti let. V dalších studiích uváděl např. Czémy a Pernicová (in Presl, 1995, s. 15) uvedli výsledky projektu MŠMT v roce 1994, kdy 22,8% chlapců a 10,8% dívek druhého stupně ZŠ uvedlo požívání alkoholu 1x týdně a častěji.

Přitom mezi alkoholem a jinými drogami nejsou tak velké rozdíly. Vysoká spotřeba alkoholu a problémy s nealkoholovými drogami spolu souvisejí. Alkohol je společně s tabákem a marihuanou řazen k tzv. průchozím či vstupním drogám (gateway drugs), jež zvyšují riziko problémů s ilegálními drogami v pozdějším věku.

Nadměrné užívání alkoholu má celou řadu negativních důsledků. *„Závislost na alkoholu vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání, rozvíjí se zpravidla několik let a délka vývoje závislosti je individuálně různá“* (Vágnerová, 2004, s. 555).

Závislost na alkoholu může být:

- psychická – člověk si zvykl řešit problémy únikem do alkoholu
- biologická – projevuje se abstinenčním syndromem.

Vágnerová (2004) definuje fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu:

- **fáze občasné konzumace** – v tomto období dochází k pití alkoholu většinou ve společnosti, jeho konzumace může být projevem sociální konformity, normou. alkohol pomáhá jedinci překonat zátěžové situace, slouží k potlačení nepříjemného napětí, dosažení uvolnění a dobré nálady.
- **fáze varovná** – alkohol pomáhá jedinci zvládat zátěžové situace, jedinec se cítí výkonnější, sebejistější, bez problémů zvládá rizika, stoupá tolerance k alkoholu, dochází ke zvyšování dávek.
- **fáze kritická** – pokračuje růst tolerance k alkoholu a závislost i míra konzumace. Člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím, dochází ke vzniku různých problémů, zejména sociálního charakteru.
- **fáze terminální** – tolerance k alkoholu se začíná snižovat, člověk se rychleji opije, objevují se psychické i somatické poruchy, alkoholik si uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost.

Zneužívání alkoholu způsobuje některé psychické změny jako např. změny emočního chování, změny v oblasti kognitivních procesů, chování, ale také osobnostní změny. K psychickým a somatickým poruchám patří alkoholový abstinenční syndrom, alkoholový abstinenční syndrom s deliriem, alkoholová psychóza a halucinóza a amnestické alkoholové poruchy a demence. Časté jsou také somatické následky, mění se zevnějšek alkoholiků.

Děti a mladiství jsou řazeny mezi rizikové skupiny ohrožené závislostí na alkoholu. Heller (1996) předpokládá nepříznivý vliv na děti v případě závislosti na alkoholu u jejich rodičů či vychovatelů. Výše zmíněné souvisí zejména s nevhodným utvářením základních sociálních vztahů v rodině, s nedostatečným nasycením základní potřeby životní jistoty, nedostatkem vhodných identifikačních vzorů a modelů rodinného soužití. Nemalý vliv na zneužívání alkoholu má také skupina vrstevníků, v níž se dítě pohybuje.

Alkohol ohrožuje dítě, resp. plod, již v prenatálním období, autoři pak pojednávají o fetálním alkoholovém syndromu (dále FAS). Jak konstatují Streissguth, Clarren a Jones (1985) „*matky, které v průběhu těhotenství pijí, mají dvakrát vyšší pravděpodobnost, že u nich dojde k abortu, nebo porodí dítě s nízkou porodní váhou*“ (1985, in Muhlparch, 2000, s. 19). FAS je definován jako stav duševní zaostalosti s mnohočetnými deformacemi tváře a ústní dutiny. Časté jsou vady vnitřních orgánů, přítomnost hyperkinetického syndromu, nižší porodní hmotnost.

Diagnostická kritéria jsou obdobná s drogovou závislostí, jedná se o látkovou závislost. Abúzus alkoholu lze rozdělit na symptomatický abúzus, systematický a juvenilní, etylismus.

Heller (1989) vedle FAS uvádí další alkoholovou situaci, kterou je akutní intoxikace alkoholem v době porodu. Novorozenec má stejné množství alkoholu v krvi jako matka. Bezprostředně po porodu je dítě ohroženo na životě, neboť nedisponuje k této metabolizační funkci výbavou. Novorozenec prožije první den života situaci podobnou terminálnímu stadiu závislosti. Pokud přežije, je v jeho buňce nesmazatelně zapsán biochemický stav terminální závislosti.

3.4 Tabakismus

Tabák patří mezi drogy, jejichž účinek se neprojevuje tak dramaticky. Závažné je však široké rozšíření tabakismu nejen u dospělé populace, ale zejména u dětí a mladistvých. Tabákový kouř obsahuje řadu škodlivin, jako je např. dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, arsenid, kyanid. Nešpor (1995) uvádí, že z velkého množství chemikálií v tabákovém kouři je návykový pouze nikotin. Následky kouření se projevují zejména na zdravotním stavu populace. Jak uvádí Nešpor a Csémy (1995) v České republice kouří asi 60% mužů a 40% žen a na následky kouření umírá podle odhadů denně 63 lidí.

Schmidt (1982, in Muhlpackr, 2000) dělí kuřáky na následující typy:

- Příležitostný kuřák - kouří občas, na základě kuřáckých zvyklostí, které stimulují. Necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.
- Návykový kuřák - kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou tak fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost. Kouření může ukončit bez větší námahy.
- Kuřák s psychickou závislostí - do této skupiny patří kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Lze sem zařadit i ty, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.
- Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí - do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření.

Pokud jde o rizikovou skupinu dětí, ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším jevem. Kouření bývá spojováno s určitou prestiží, mužností. Mezi děvčaty je zřetelně více nekuřáček než mezi chlapci. Jak uvádí Muhlpackr (2000) u chlapců z vyšších ročníků základní školy se špatným prospěchem se lze setkat již návykovým kouřením cigaret.

Alkohol i tabák jsou průchozí drogy. Nastupuje po nich abúzus další drogy. U tabakismu je návykovou látkou nikotin. Schmidt dělí kuřáky na následující typy: příležitostný kuřák, návykový kuřák, kuřák s psychickou závislostí, kuřák s psychickou a fyzickou závislostí. Rizikovou skupinou jsou žáci základní školy nejvyšších ročníků s podprůměrným prospěchem, v převaze chlapci.

3.5 Gambling

Gambling, tzv. chorobné hráčství u dětí znamená, že se u nich vyvine nepřirozený vztah k herním přístrojům či ke hrám na počítači, který je postupně ochuzuje o možnost rozvoje v jiných životních oblastech. Vágnerová (2004) uvádí, že pro patologické hráčství je typické nadměrné zaujetí hrou a nutkání ke hře bez ohledu na nežádoucí následky takového chování. Tato porucha se projevuje změnami v oblasti psychiky, v prožívání, jednání.

Patologické hráčství jako porucha spočívá v „častých a opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků“ (Nešpor, 1996, s. 14). Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost provázejí. Jak dále uvádí Nešpor (1996) toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v dobách, kdy je život jedince stresující. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat své zaměstnání, zadlužujíc se, mohou lhát, porušovat zákon, aby unikli placení dluhů. Patologický hráč, pokud se dopustí trestné činnosti, dopustí se jí až poté, co řeší problém s gamblerstvím.

Mark Griffiths (in Elliotová, 1995) shrnuje výsledky dvaceti studií, kdy zjistil, že 66% dospívající mládeže občasně hraje na automatech. Z tohoto počtu dětí se však 3% stanou závislí na hře. Do hry pak závislé děti vkládají veškeré finance, které obdrží na obědy, dopravu, kapesné. Objevují se také případy, kdy děti z důvodu závislosti na hře zanechávají školní docházky, pokusí se o sebevraždu kvůli zadluženosti.

Novou oblastí gamblingu je hraní a sázení prostřednictvím internetu a také specifické závislosti, kdy se děti fixují na programy a hry v mobilu, stahují se z reálného světa do světa kybernetického, ve kterém experimentují s vlastní identitou i se vztahy k

druhým lidem. S rozvojem moderních technologií se mění náš přístup ke komunikaci. Stále častěji využíváme různé formy elektronické komunikace, u dětí se jedná o odklon k on-line komunikaci.

Nešpor (1996) popisuje jednotlivá stadia závislosti na hazardních hrách:

- stadium výher – jedná se o nenápadný začátek, hraní nepřináší velké problémy, časté jsou fantazie o velké výhře, dostavuje se přechod k osamělé hře, zvyšování sázek
- stadium prohrávání – postižený myslí hlavně na hraní a se hrou nemůže přestat. Dlouhá období prohrávání mohou být střídána pokusy hru regulovat nebo s ní přestat. Hra je většinou financována z půjčených peněz. Objevuje se bezohledné chování k ostatním, hroučí se pracovní i rodinný život, dochází k zanedbávání zdraví
- stadium zoufalství – pověst hráče je poškozena, přichází soudní jednání, odcizení od rodiny, přátel, osamělost. Dostávají se výčitky svědomí, deprese, beznaděj, panika. V této fázi se hráč může dopustit také závažných trestných činů (Nešpor, 1996, s. 10).

Patologické hráčství nemá jedinou příčinu a „proto účinná včasná opatření zahrnují více rovin řešení“ (Presl, 1995, s. 72). Pokud jde o řešení patologického hráčství u dětí, Nešpor (1996) rodičům doporučuje, aby vnesli řád do finančního hospodaření dítěte, vytvořili zdravá a fungující rodinná pravidla, pomohli svému dítěti odpoutat se od nevhodné společnosti a kamarádů, posílili jeho sebevědomí, spolupracovali s odborníky a dalšími dospělými. Jako prevence je zmiňován pozitivní přístup k výchově dítěte a dostatek společně tráveného volného času. Především je nutné problém se závislostí nepopírat a neskrývat, jako nevhodné se také jeví přílišná racionalizace problému.

Jak uvádí Muhlpaehr (2000) od roku 1990 přibývá problémů s hazardní hrou mezi dětmi, dospívajícími, ale i dospělými. Specifikum této závislosti spočívá v širokém věkovém spektru závislých. Chorobný návyk se dá vytvořit i na karetní hry, sportovní sázky, kasina a samozřejmě automaty (uvedeno od lehčích forem závislosti k těžším).

3.6 Hromadné sdělovací prostředky, sociální sítě

Hromadné sdělovací (či informační) prostředky mají prokazatelně velký vliv na informovanost, chování a myšlení lidí. Problém vztahu médií a násilí je složitý, rozhodně není nikterak přímočarý. Média spoluvytvářejí či přinejmenším mohou spoluvytvářet prostředí, ve kterém má tendenci zlo, násilí, agresi, zločin banalizovat. Co jsou vlastně hromadné sdělovací prostředky a z jakého pohledu lze na ně pohlížet.

Lze je třídit podle působení na smysly:

- optické (vizuální) tj. v tištěné i elektronické podobě
- akustické (auditivní), tj. rozhlas
- opticko-akustické (audiovizuální), tj. televize, film
- Podle prostředí příjmu:
- příjem individuální (tisk, rozhlas a televize)
- příjem skupinový (film)

Jejich účinky lze rozdělit na:

- krátkodobé a dlouhodobé — časový aspekt
- přímé a nepřímé — působící přímo nebo zprostředkovaně
- plánované a neplánované — záměrnost účinků

V *Listině základních práv a svobod* je zakotveno, že každý má právo na informace a svobodu projevu. Každý má právo vyjadřovat své názory slovem, písmem, tiskem, obrazem nebo jiným způsobem, jakož i svobodně přijímat a rozšiřovat informace. Listina tato práva řadí mezi politická práva. Nelze je omezit cenzurou. Slovo cenzura pochází z latinského *ensor*, což byl úředník, který měl za úkol sčítat obyvatele a dohlížet na morálku. Cenzura je kontrola a omezování materiálů, které jsou určené ke zveřejnění, ať už jsou to informace předávané mluveným slovem, tiskem nebo dalšími formami vyjadřování. Je součástí praktik mocenských struktur prakticky celou lidskou historií. Obvykle se týká veřejně sdělovaných názorů, ale v dobách nesvobody bylo kontrolováno i soukromé sdělování názorů. Součástí cenzury bývala i kriminalizace toho, kdo se snažil cenzuru obejít. S cenzurou úzce souvisí různé druhy zakázané

literatury, zakázané písňe a divadelní představení. Vliv médií na utváření osobnosti mladého člověka je nesporný. Článek 17 *Úmluvy o právech dítěte* pamatuje na přístup dítěte k vhodným informacím: „Stát zaručuje dítěti přístup k informacím a materiálům z různých zdrojů, podporuje média při šíření informací pro dítě společensky a kulturně užitečných. Stát přijímá opatření na ochranu dítěte před materiály škodlivými jeho blahu.“ Dokážeme děti a mládež před jeho škodlivostí bránit, jestliže se na televizní obrazovce, počítačových hrách a dalších audiovizuálních médiích prezentuje zlo v podobě násilí?

Mediální vliv na děti je v současné době daleko více zmiňován v souvislosti s negativními důsledky. Je zřejmé, že scéna zájmu mládeže o hromadné sdělovací prostředky se mění. Od roku 2000 je poprvé pozorován pokles sledování televize. K výraznému poklesu trvale došlo u času věnovanému beletrii, četbě novin a četbě odborné literatury. Naopak k raketovému nástupu dochází od roku 1997 u času stráveného s internetem. V rozhlasovém vysílání se stal proměňujícím faktorem fenomén soukromého rozhlasu a jeho zpětný vliv na veřejnoprávní rozhlas. Tento vliv probíhá především ve směru bulvarizace a komercializace veřejnoprávního rozhlasu. Poslech rozhlasu jako hlavní činnost poklesl na minimum a také jeho využití jako kulisy při jiné činnosti, je pro mládež věcí už téměř neznámou.

Zřejmě nejpodstatnějším atributem dětí (ve srovnání s dřívějšími generacemi) je jejich spojení s novými informačními a komunikačními technologiemi. Po roce 2000 došlo k masovému začlenění elektronické pošty do životního stylu, který se nejsilněji promítá do sféry mezilidských vztahů.

Teze k účinkům zobrazovaného násilí uvádí, že

- pozitivně ovlivňuje: *Katarze* (citové uvolnění) tj., že dynamickým spoluprožíváním násilných činů fiktivních modelů ubývá ve fantazii odhodlání recipienta projevit vlastní agresivní chování. *Inhibice* tj. že sledování agrese (a hlavně jejích následků) vyvolává u recipienta strach a snižuje jeho odhodlání k vlastnímu agresivnímu chování. *Kognitivní podpora* vychází z předpokladu, že lidé jsou schopni se uvolňovat pomocí fantazie,

pokud jedinci s nižší inteligencí nemají takovou fantazii, musí se zásobit vnějšími podněty. Tím se uvolní a jsou schopni korigovat agresivní impulsy

- ovlivňuje neutrálně: Teze o *neúčinnosti* zastává část psychologů především proto, že ještě žádná studie nepřinesla jednoznačné důkazy. Zobrazované násilí způsobí pouze krátkodobé vzrušení a kromě ojedinělých patologických případů (když se u osoby najednou promítne více negativních jevů) nepřináší žádné reálné násilí.

- ovlivňuje negativně: *Stimulace* tj., že stoupá sledováním násilných pořadů odhodlanost k agresivitě. *Habitualizace* tj., že opakovaným konzumem televizního násilí se snižuje citlivost na násilí a následně je na to nazíráno jako na normální všední chování. *Ospravedlňování zločinů* tj. že násilníci sledující agresivní typy pořadů získávají dojem, že jejich chování je vlastně normální (když je to v TV...) a ospravedlňují tak své zločiny (aby si zachovali příznivý obraz sebe sama), což jim dovoluje páchat další zločiny. Člověk si pak může připadat, že je řízen někým jiným a to co dělá není jeho vina, což zatlačuje případné výčitky. *Všeobecné vzrušení* je teze, která tvrdí, že po zhlédnutí násilného obsahu se dostavuje krátkodobé vzrušení. Diváci jsou přitahováni těmi TV programy, při nichž dochází k určitému druhu vzrušení (televize se řídí sledovaností, právě tyto typy do programu zařazují). *Teorie učení* tj., že člověk se při sledování TV mnohé naučí, tedy při sledování násilných obsahů je agrese vtisknuta reálná podoba. *Sugesce* tj., že sledování násilí v médiích vede k přímému napodobování činu.

Nutno však zdůraznit, že se většině výše uvedených přístupů dostalo následného zpochybnění nedlouho poté, co se je podařilo prokázat. Trefné je přirovnání: „*média jsou jako počasí*“ tj., že nás média obklopují stejně jako počasí a stejně, jako se vždy přesně nepovede předpověď počasí, nemůžeme také přesně předpovídat účinky médií.

V obecné rovině se setkáme s hlavními teoriemi, které se zabývají účinky mediálních obsahů. *Kultivační teorie* vychází z toho, že média jsou schopna ovlivňovat (kultivovat) svými obsahy příjemce (publikum). Původní schéma *podmět - reakce* (tedy, že publikum bez rozdílu reaguje na mediální podněty), bylo později rozšířeno o

„organismus“, tedy na schéma *podmět - organismus - reakce*, který zahrnuje důležitost sociálního zakotvení, věku, zkušeností a dalších individuálních rysů každého jedince.

Etnografická teorie vyvažuje teorii kultivační, přičemž vychází z kulturního případně etnografického pojetí tj., že publikum si vybírá mediální obsahy podle svých potřeb a média se jeho požadavkům přizpůsobují. Jde tedy o vztah vzájemného ovlivňování a vzájemné provázanosti.

Průzkumy uvádějí, že násilí může být škodlivé pokud:

- 1) násilník je prezentován jako přitažlivá osoba
- 2) násilí je prezentováno jako ospravedlnitelné
- 3) násilí není nijak potrestáno
- 4) pro oběti má násilné jednání minimální následky
- 5) je prezentováno tak, že připadá realistické

V oblasti vlivu hromadných sdělovacích prostředků na děti udržuje nadále přední příčku sledování televize. Způsob a síla vlivu záleží zejména na individuálních rysech osobnosti dítěte a na sociálním prostředí, ve kterém vyrůstá. Na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého obhájila Petra Nastoupilová svou diplomovou práci na téma „*Média a jejich vliv na žáka základní školy*“. Autorka vycházela z toho, že děti se rády dívají na televizi, ale nerady se dívají samy, chtějí dění na obrazovce s někým prožívat. Ve své práci se snažila postihnout vliv rodičů na strukturu a výběr sledovaných televizních programů. Vybírám některé výsledky získané dotazníkovým šetřením.

Více než polovina respondentů (58,3 %) někdy sleduje televizi spolu s rodiči. Velmi často sleduje televizi spolu s rodiči pouze 7,2 % dotázaných dětí. O zhlédnutých pořadech s rodiči nikdy nehovoří 16,7 % respondentů. Velmi často o zhlédnutých pořadech hovoří s rodiči 10,7 % dětských televizních diváků. U 8,3 % respondentů se jejich rodiče nikdy nezajímají, co jejich děti v televizi sledují, avšak 17,9 % dětí odpovědělo, že jejich rodiče velmi často vědí, co jejich děti v televizi sledují. Na otázku, zda-li jim rodiče pořady v televizi doporučují, odpovědělo 35,7 % respondentů,

že nikdy. Pouze 2,4 % dotázaným rodiče velmi často doporučují. Rodiče nikdy nezakazují sledovat nějaký televizní program 28,6 % dětských respondentů. Pouze 2,4 % dětí rodiče velmi často zakazují sledovat nějaký televizní program. U 41,7 % dětských respondentů rodiče neurčují, kolik hodin se mohou na televizi dívat, 39,3 % dětí rodiče určují, jak dlouho do noci se mohou na televizi dívat ve dnech školního vyučování a 45,2 % rodiče určují jak dlouho o víkendech. Pokud jde o televizní reklamu, tak pozornost ji věnuje 62,9 % dětí, o pravdivosti reklam je přesvědčeno jen 4,7 % dětí, 41,7 % dětí nevěří, že reklamy jsou pravdivé a 53,6 dětí si myslí, že reklamy jsou pravdivé jen někdy. Autorka P. Nastoupilová se domnívá, že nejvíce hrozí podlehnutí škodlivým vlivům masmédií těm dětem, které si proti nim nevytěžovaly imunitu nebo ji ztratily. Zejména tíživá rodinná situace dítěte, nesnesitelná realita života, může být kompenzována médii jako návykovou drogou, která prohlubuje jeho neschopnost vyrovnat se z reálným světem. Podobně jako u drogy dochází k nutkavosti stupňovat častost a sílu dávek.

Novější statistika z roku 2007 uvádí, že 44% dětí denně sleduje televizi, ¼ má dokonce vlastní televizor. Rizikovou skupinu dětského diváka představují děti mladší 12 let, které sledují TV tři a více hodin denně, mezi jejich oblíbené pořady patří akční, násilné a hororové filmy, nežijí ve spořádaném sociálním prostředí a jsou vybaveny silnější dispozicí k agresivnímu chování. Důsledky nadměrného sledování televize pro rizikovou skupinu mohou mít vliv nejen na napodobování agrese, ale mohou ovlivňovat i sociální přizpůsobivost, mít vliv na emocionální labilitu, nedůvěřivost, zhoršení prospěchu, omezenou slovní zásobu, všeobecný přehled a zjednodušené vnímání světa.

Vznik závislosti také hrozí vlivem nadměrného užívání internetu. Mnoho dětí a mladých lidí na něm tráví příliš mnoho času a hledají si tak často i náhražku reálných vztahů. Internet jako virtuální realita dokáže kompenzovat problémy a člověku s velkou fantazií i zrealizovat mnohé sny. Pokud si takovéto osoby dokáží uvědomovat, co je opravdová realita a co je realita virtuální, je to v pořádku. Pokud však své zálibě propadnou a začne jim unikat tento rozdíl, začnou nahrazovat reálné kamarády virtuálními, nastává problém. Pro závislost na internetu se setkáváme s novým označením tzv. *netomanií*. Lze pozorovat jistou podobnost s *gamblerstvím*, neboť se

jedná psychickou závislost, kdy jak *gambler* tak i *netoman* vykazují ztrátu sebeovládání. Do rizikové skupiny této závislosti patří hyperaktivní děti s poruchami pozornosti, děti se sklonem k násilí, s pohybovým onemocněním či introvertní jedinci. Dalším negativem internetu je snadné šíření a dostupnost nežádoucích informací a stránek. Internet je nesporně přelomovou informační technologií, ale není neznámou skutečností, že převažující návštěvnost mají erotické a pornografické weby.

Lze konstatovat, že vliv hromadných sdělovacích prostředků může obsahovat rizikové faktory pro vznik sociálních patologií. Vedle autoregulace, by měl být nejsilnějším nástrojem k jejich eliminování *zákon*. V České republice se jedná zejména o zákon o rozhlasovém a televizním vysílání, jehož dodržování kontroluje Rada ČR pro rozhlasové a televizní vysílání. Tento zákon však z výše uvedených problémů nedokáže řešit příliš mnoho. V zájmu ochrany dětí a mládeže je jím zakázáno vysílání určitých typů pořadů před 22:00 hodinou, specificky jsou jím chráněny děti proti zneužití v reklamě a v součinnosti s jinými zákony je zcela zakázáno vysílání tvrdé pornografie. Rada formulací tohoto zákona je však velmi vágní, jejich výklad není záležitostí žádného správního orgánu, nýbrž soudu. V řešení problematiky nelze očekávat všemocné řešení zákona a je nutné podporovat vznik samoregulačních aktivit médií, které vytvářejí a aplikují novinářskou etiku a etiku mediální práce. Etické kodexy (má jej např. veřejnoprávní televize) mohou být velmi významným nástrojem, k jehož vzniku přispívají především postoje a působení veřejnosti.

Je nutné rozlišovat mezi informacemi, které vedou k *informovanosti* (jako předstupni vědění), *vzdělání* (tedy systém informací vedoucí k určitému poznání - vzdělanosti) a *výchovou*, která navíc obsahuje *motivaci*. Hromadné sdělovací prostředky jsou „oknem“ do kvalitativně rozrůzněného světa, ze kterého přicházejí rozmanitá sdělení, dobrá i špatná. Pravdivá i nepravdivá. Záleží na uživateli, čemu dá přednost a v jakém množství. A k tomu by měl být veden, měl by se tomu učit a být k tomu vzdělán. Naučit se rozumně zacházet s hromadnými sdělovacími prostředky tak, aby se staly především zdrojem informací, učení a zábavy a prostředkem pozitivního rozvoje dětí.

4 Faktory ovlivňující životní styl

4.1 Rodina

Pro dítě je důležitá fungující rodina, která dítě respektuje a poskytuje mu umožnění a instrumentální oporu. Ungar (2006) upozorňuje na to, že různé rodiny můžou dítěti poskytnou různé zdroje pro vývoj osobnosti. Přitom platí, že *„vliv a funkce rodiny jsou zprostředkovány a ovlivněny kulturou, do které jedinec patří“* (Šolcová, 2009, s. 37). Dítěti *„rodina a kvalitní zázemí pomáhají významně v obraně proti nepříznivým okolnostem a vlivům“* (Matějček, Dytrych, 2005, s. 108).

Vymezení pojmu rodina je nesnadné zejména s ohledem na složitost definovaného jevu. Rodina je charakterizována jako malá společenská skupina složená ze dvou dospělých opačného pohlaví a jejich potomků. Matějček (1986) uvádí, že *„členové rodiny jsou navzájem spjati řadou vztahů“* (Matějček 1986, in Bartoňová, 2005, s. 7). Rodina je *„tím nejsilnějším faktorem, který určuje jak šťastné a vyrovnané dítě je, jak se chová ke kamarádům, dospělým, jak věří samo sobě, reaguje na neznámé situace“* (Plevová, 2007, s. 9).

Rodina je založena na vazbách biologických, psychických a společenských, přitom každá rodina má určité rysy, kterými je charakteristická a které ovlivňují osobnost dítěte. Rodina je *„nejpřirozenější prostředí, které ovlivňuje život a výchovu jedince, vytváří nenahraditelné klima, prostředí“* (Bartoňová, 2005, s. 109).

Rodina má klíčový význam pro vývoj dítěte. Vývojová psychologie hovoří o kvalitní citové vazbě rodičů k dítěti. Rozpracoval ji zejména Bowlby a je definována jako trvalé emoční pouto charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu. Byly rozlišeny dva základní typy citové vazby:

- jistá (secure)
- nejistá či úzkostná (insecure) (Bowlby, 1944, in Šolcová, 2009, s. 38).

Negativní charakteristiky rané citové vazby či její narušení či absence nemusí však nutně znamenat poškození citového vývoje dítěte. Důležitý je další kvalitní vztah s pečující osobou v průběhu dětství a také pozitivně stimulující prostředí.

5 Mezi základní funkce rodiny jsou uváděny:

- 1 příslušnost k rodině ve smyslu rodinného členství (family membership)
- 2 ekonomická podpora
- 3 zdroje výchovy a socializace
- 4 ochrana ohrožitelných a zranitelných členů rodiny (Patterson, 2002 in Šolcová, 2009, s. 66)

Podstatná je také otázka rodinného vnímání a zvládání stresu. Model FAAR (Family Adjustment and Adaptation Response) předpokládá vyrovnanou bilanci mezi požadavky kladenými na rodinu a rodinnou kapacitou k jejich zvládnutí.

Identifikuje tři úrovně rodinného povědomí (family meaning):

1. situační povědomí (primární hodnocení požadavků a zvládací kapacity)
2. rodinnou identitu (pohled na sebe jako na specifickou jednotku)
3. rodinný pohled na svět (rodina ve vztahu k vnějšímu světu) (Patterson, 1989 in Šolcová, 67)

(Možnost srovnat a pojmem „zdraví rodiny“ (family health).

Pokud se zaměříme na rodinu, jako zdroj podpory kvality života dětí, můžeme i zde rozlišovat jednotlivé strategie zvládnutí zátěže v rodině. Tyto strategie se kvalitativně liší od individuálně užívaných strategií, vyplývají z celého rodinného systému. Strategie znamená to, co rodina dělá, aby získala a využila zdroje odolnosti rodiny.

Byly nalezeny následující účinné strategie jako zdroje odolnosti rodiny (Sobotková, 2007):

- strategie zaměřené na snížení nároků v rodině
- strategie zaměřené na průběžné zvládnutí tenze v rodině
- strategie zaměřené na získávání dalších zdrojů
- strategie zaměřené na hodnocení situace a pochopení jejího významu.

Rodina funguje jako jeden z činitelů sociální opory dětí a dospívajících. Odborníci se shodují na tom, že sociální opora má významný vliv při prevenci stresu a také při jeho zvládnutí. Lze ji vysvětlit jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Sociální oporu lze nalézt v rodině, mezi přáteli, v sousedství, církvi a komunitě. Kromě rodinné opory a opory přátel a blízké komunity, je možné sociální oporu čerpat také na profesní úrovni, u dětí ve škole, v rámci zájmových kroužků apod. Mezi konkrétní prvky sociální opory patří například: naslouchání, ocenění, uznání, povzbuzování, empatie, emocionální vzpruha, dělení práce, kooperace, nezištná pomoc apod.

5.1.1 Rizikové rodiny

Rizikové rodiny jsou charakterizovány jako rodiny, kde jsou časté konflikty mezi rodiči a dětmi, mezi dospělými. Tyto konflikty mohou přecházet do násilí. (Matoušek, Palzarová, Hodnocení, str. 143) U rizikových rodin bývá dítě izolované od ostatních členů rodiny, zejména od matky. Jsou popisovány zvláštní typy společného spaní členů rodiny, sociální izolace apod. (Matoušek, Palzarová, 2010, str. 143)

Mezi nejvýznamnější negativní projevy v rodinách patří násilí. Násilí v rodině je fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi osobami navzájem blízkými, ke kterému dochází v soukromí, a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti, intenzita násilných incidentů se stupňuje a u oběti vede ke ztárě schopnosti včas zastavit násilné incidenty a efektivně řešit narušený vztah. (Ptáček, Pemová, 2012, s. 166)

Otázka rizik ve vývoji dítěte se tak dostává do spojitosti se zanedbáváním, týráním a zneužíváním dětí, shrnuto pod mezinárodní termín CAN. Prof. Matějček mluví o tomto společenské jevu jako o „*společenské bolesti*“ (Matějček, 2005) V případě zanedbávání není dítě sice ohroženo na životě a zpravidla tělesně ani netrpí, avšak psychický, intelektový, sociální a také emocionální potenciál dítěte se nerozvíjí.

5.1.2 Resilience rodiny

Pojem resilience je odvozen z latinských pojmů *resilio*, *resiliere* a znamená skákat zpět, odrážet se, odskakovat.

Definice věnující se vymezení konceptu resilience se u různých autorů liší, shoda však převládá ve vymezení resilience jako schopnosti zvládnout vystavení výrazně nepříznivým situacím. O resilienci lze hovořit jako o „souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinou a prostředím v průběhu času.“ (Šolcová, 2009, s. 11).

Resilience zahrnuje pozitivní vzorce chování, pozitivní interakce a funkční kompetence,

- které jednotliví členové i rodina jako celek vykazují za nepříznivých nebo zátěžových okolností
- které ovlivňují schopnost rodiny udržet si integritu i v dobách krizí a působení stresu
- které umožňují obnovit harmonii a rovnováhu v rodině (McCubbin, McCubbin, 1996; in Sobotková, 2007)

Ve vztahu vývoje jedince je řešena zejména otázka **rodinné resilience**. V této souvislosti je resilience chápána jako "vlastnost rodiny, která jí umožňuje udržet si zavedené vzorce fungování. Dále je to schopnost zotavit se z krize nebo události, která vyvolala změny ve fungování. Metaforicky se dá o resilienci hovořit jako o regenerativní síle, která umožňuje rodině obnovit fungování" (Sobotková, 2007).

Rodinnou resilienci lze chápat jako „dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů rodiny vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi“ (Šolcová, 2009, s. 68).

Šolcová (2009) dále uvádí, že resilience má dynamickou povahu, na níž jako první upozornil Rutter (1987) v tom smyslu, že nikdo není obdařen absolutní odolností, ale že jde o víceúrovňový jev, který se liší:

- interindividuálně,
- situačně,
- nachází svůj zdroj jednak v jedinci, jednak v sociálním kontextu,
- podléhá vývoji stejně jako jiné charakteristiky

Resilienci tak můžeme chápat jako působení rizikových a protektivních faktorů v životě jednotlivce. Přitom ke špatné kvalitě života dochází v těch případech, kdy soubor rizikových činitelů převáží nad činiteli protektivními (Matoušek, Palzarová, 2010, s. 139).

Resilienci rodiny charakterizuje Břicháček (2002 in Šolcová, 68) jako dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a kapacitou jednotlivých členů rodiny vzájemně se podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi. Zároveň jde o utváření rodinné identity.

Resilience rodiny je určována jak sociálními a přírodními charakteristikami, ale i zkušeností lidského rodu, vnitřními procesy, které se v rodině odehrávají.

Za protektivní faktory vývoje resilience jsou považovány rodinná koheze, flexibilita rodinných rolí a vztahů, srozumitelná a otevřená komunikace všech členů navzájem, schopnosti, dovednosti a ochota řešit a zdolávat konflikty i krizové situace, shoda v pojetí smyslu a úkolů rodiny.

Naopak mezi rizikové faktory vývoje resilience patří nízký socioekonomický status, chronicky působící negativní podmínky, traumatizující události, proměnlivost nároků současné společnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že na rodinu je třeba nahlížet v celé její komplexnosti, vnitřních i vnějších vazbách. Brát v potaz širší sociokulturní kontext rodiny i její vývoj. Kvalita rodinného života je ovlivněna zejména soudržností rodiny a adaptabilitou. (Sobotková, 2001). Soudržnost (koheze) souvisí s rodinnou intimitou, blízkostí a sounáležitostí. Ve funkčních rodinách je zdravá soudržnost vyvažována přiměřenou autonomií jednotlivých členů rodiny. Adaptabilita se týká schopnosti rodiny

přizpůsobovat se měnícím se požadavkům a nárokům života. Za klíčové tematické okruhy resilience rodiny jsou považovány (Walsh, 2002,2003, in Šolcová, 67):

- oblast víry členů rodiny v sebe, přesvědčení o schopnosti rodiny čelit ve vzájemné soudržnosti překážkám
- oblast adaptability, vzájemné podpory v rodině, organizačních schopností rodiny, sociálních a ekonomických zdrojů odolnosti rodiny
- oblast efektivně uskutečňované komunikace, otevřené prožívání emocí, empatie, vzájemně se podporující řešení problémů

Mezi významné charakteristiky resilience rodiny jsou uváděny (Patterson, 2002, in Šolcová 67):

- rizikový rodinný status vztahující se k nedostatečné úrovni adaptace na požadavky, které jsou na rodinu kladeny
- status rodinné síly, týkající se úspěšného zvládnání požadavků
- úroveň rodinné koheze, rodinné flexibility
- charakteristika rodinné komunikace

5.2 Škola

Škola představuje vzhledem ke svému několikahodinového působení na dítě také významný zdroj ovlivnění životního stylu dítěte. Garmezy (1987 in Šolcová, 2009) poukazuje na to, že dobře vedená výuka vybaví děti všemi podstatnými kognitivními a sociálními kompetencemi, které jsou podstatné při zvládnání života v současném světě.

Škola tak nemůže suplovat rodinu, ale může ji vhodně doplnit tím, že poskytne:

- stabilitu (pravidel, uspořádání, vztahů)
- soudržnost (společné aktivity, třída, dobrá komunikace mezi dětmi a dospělými, respekt dětí k dospělým)
- stimulující a podporující prostředí

- dospělí, kteří mají zájem o dítě a poskytují mu vzor vhodný pro následování
- sociální kontakty
- pocit přináležení
- prostor pro osobní rozvoj (Šolcová, 2009, s. 42).

Škola může přispět k pocitu dítěte, že je úspěšné, k pocitu autonomie, identity, sebeúcty, sebekontroly a odpovědnosti. Podle Bernardové (2004) jsou významné faktory pro dítě ve škole:

- pečující vztah (caring relation) ze strany učitele
- očekávání, že dítě má dobré výsledky, víra v jeho potenciál
- příležitost přispět ostatním podílet se na školních aktivitách, které dávají dětem pocit sounáležitosti (Bernard, in Šolcová, 2009, s. 43).

Ve Velké Británii byla zavedena výuka resilience – kurzy štěstí. Tato výuka je přejata z USA, zapojují se do ní věkové kategorie dětí 12- 14 let. Projekt kurzu štěstí byl v roce 2007/2008 zkušebně zaveden ve dvaadvaceti britských školách a absolvovalo ho více než 4000 dětí. Výuka byla zaměřena na přepracování kognitivního hodnocení různých stresujících situací ve škole. Projekt poukázal na význam způsobu, jakým děti získávají sebevědomí. *Zasloužené sebevědomí je výsledkem dosažení výkonů a úspěchu. Způsob zvyšování sebevědomí je založen na systému pochval a odměn*“ (Šolcová, 2009, s. 50).

5.2.1 Faktory ovlivňující interakci mezi učitelem a žáky

Faktorů, které ovlivňují komunikaci a interakci mezi učitelem a žáky je mnoho, mezi nejvýznamnější patří tvorba psychosociálního klimatu, vztah mezi učitelem a žákem a asertivita v pedagogických podmínkách

Pedagogická interakce je v jistých ohledech specifická. Linhartova (2001) uvádí, že učitel je považován za tvůrce psychosociálního klimatu školní třídy. Zdroje klimatu třídy bývají často zapříčiněny osobností učitele, psychickými rysy jeho osobnosti a také jeho jednáním. Je pravdou, že učitel má jistý vliv na tvorbu psychosociálního klimatu

školní třídy, ale zároveň se na tvorbě klimatu se nemalou mírou podílejí i samotní žáci tzn., že učitelé a žáci na sebe vzájemně působí, čímž vytvářejí klima společně.

„Mezi základní faktory, které ovlivňují formování sociálního klimatu školní třídy patří prostředí školní třídy, atmosféra, sociální klima a sociální klima školy“ (Linhartová, 2001, s. 20).

Prostředí školní třídy nemusí za každých okolností obsahovat pouze aspekty sociálně-psychologického hlediska. Mezi aspekty školní třídy může patřit také např.: řešení učebny, vybavení, osvětlení, vytápění, větrání, uspořádání pracovního prostoru žáka, vhodný nábytek, úroveň šumu, hluku, akustika učebny atd. Časovými faktory, které ovlivňují tvorbu psychosociálního klimatu je atmosféra a sociální klima. V prvním případě se spíše jedná o krátkodobé jevy, které jsou situačně podmíněné a patří mezi rychle se měnící (z hodiny na hodinu). Sociální klima vyjadřuje však jevy dlouhodobé, které jsou typické pro danou třídu a učitele po několik měsíců či let. Sociální klima obsahově dále zahrnuje ustálené postupy vnímání toho, co se ve třídě děje, hodnocení odehrávající se situace a reagování na situace, které se ve třídě odehrávají.

5.2.2 Vztah mezi učitelem a žákem

Vztah mezi učitelem a žáky má nejen vliv na psychiku samotného žáka, ale také působí na psychiku učitele. Na psychiku žáka v kladném smyslu je důležitý hlavně v počátcích dospívání osobnosti žáka. Kladný vztah mezi učitelem a žáky největší měrou ovlivňuje dění ve výchovném procesu. Kvalitu vztahu mezi učitelem a žáky mohou ovlivňovat skutečnosti jako je šířka a hloubka výchovného působení, vztah žáka k učebnímu předmětu, vztah žáků k učení, psychické klima a průběh vyučování, vztah žáků ke škole, vzájemné vztahy a chování žáků k sobě navzájem, duševní zdraví učitele a žáků atd. Vzájemný vztah může ovlivňovat i osobnost učitele (souhrn osobních vlastností a chování učitele), osobnost žáka (souhrn osobních vlastností a chování žáka) a pedagogická situace (okolnosti, při kterých dochází k interakci mezi učitelem a žáky).

Linhartová (2001) rozděluje vztah učitele a žáka do čtyř složek podle hloubky vztahu:

- Oficiální složka – jedná se o vztah tvořený ve škole, v určitém výchovném zařízení
- Rodičovsko – synovská složka – učitel přebírá mnoho úloh, které ve vztahu k dětem vykonávají rodiče
- Přátelská složka – žák se může učiteli svěřovat s mnohými problémy
- Osobní a lidská složka – učitel i žák se účastní různých akcí společně, vyměňují si názory (Linhartová, D. 2004, s. 171).

Vztah učitele k žákům je charakterizován jako prožívaný způsob hodnocení a citový postoj učitele k žákům, který vyplynul z učitelova zhodnocení žakovy osobnosti. Tento vztah se dá také definovat jako postoj učitele k sobě samému. Učitel si zpravidla váží a cení u žáků toho, čeho si váží a oceňuje u sebe a naopak. Učitel si utváří vztah k žákům a vztah ke třídě jako celku. Oba vztahy záleží na postavení a vlivu učitele ve třídě, které se vzájemně prolínají a doplňují, a tedy není možné nadřazovat jeden nad druhý nebo je odsouvat do pozadí. Učitel si utváří vztah k žákům postupně podle toho, jak žáky poznává. U mnohých učitelů někdy ještě sehrává významnou úlohu tzv. první dojem nebo i další chyby ve vnímání nebo zhoršení.

Ve vztahu žáka a učitele se jedná o intenzivní a emocionální vázanost žáka na učitele. Citová připoutanost žáků k učiteli může mít různý stupeň racionálního zdůvodnění - čím jsou žáci starší, tím je zpravidla připoutanost vyšší.

Žáci si obvykle utvářejí vztah k učiteli postupně, jak ho lépe a hlouběji poznávají. Kladný vztah k učiteli se utváří delší dobu, vyžaduje více důvodů ke změně postoje. Zato záporný vztah zpravidla vzniká v krátkém časovém rozpětí, často i náhle.

Úspěch vzdělávacího procesu je závislý na vztahu mezi učícím se a učitelem a na vztazích moci, která existuje mezi učícím se, jeho učitelem a vzdělávací institucí, které jsou všichni součástí.

5.2.3 Pedagogické komunikace

Pedagogická komunikace slouží jako výměna informací mezi účastníky edukačního procesu a jejím cílem je formování osobnosti žáků. Linhartová (2001) k základním vlastnostem pedagogické komunikace řadí:

- cílové zaměření (s kým budeme komunikovat)
- podmíněnost sdělovaným obsahem (čeho chceme komunikací dosáhnout)
- kolektivní charakter
- dvousměrnost pohybu informací - interakčnost, která je zároveň nejdůležitější vlastnost pedagogické komunikace

6 Autoři Mareš a Křivohlavý (1989, s. 31) rozlišují tyto typy pedagogické komunikace:

- podle míry očekávání
- připraveností komunikace
- podle podoby informační sítě

Stejně jako každá sociální komunikace, tak i pedagogická komunikace se řídí určitými pravidly. V pedagogické komunikaci se na tvorbě těchto pravidel podílí z části škola sama (školní řád), část je stanovena obecnými pravidly chování ve společnosti a část je výsledkem vztahů mezi učiteli a žáky (například učitel vytváří pravidla hodiny).

Gavora (1988 s. 129) se pokusil shrnout komunikační pravidla pro učitele a žáky, která platí pro vyučování ve třídě. Učitel má, dle těchto pravidel, například právo kdykoliv si vzít slovo, přerušit žáka, mluvit s kým chce (jednotlivcem, skupinou i celou třídou), mluvit o čem chce, tedy rozhodovat o tématu komunikace, mluvit v pozici, kterou považuje za vhodnou. V pedagogické komunikaci je dle Mareše a Křivohlavého (1989) důležitá především zpětná vazba. Zpětná vazba je „*korelační informace určená žákovi, ve své nejjednodušší formě se jedná o učitelovo vyjádření souhlasu/nesouhlasu s projevem či formulaci studenta (souhlas/pochvala, nesouhlas/výtka*“ (Mareš, Křivohlavý, 1989, s. 56). Zpětnou vazbu v zásadě žáci nepotřebují neustále. Pochvaly nebo vyjádření nesouhlasu nejsou potřebné při řešení méně obtížných úkolů, především pak v případě, když je žák starší, zkušenější, kdy dokáže sám více-méně vyhodnotit výsledky své činnosti. Pokud je např. žák neustále chválen, může to mít i negativní odezvu v jeho přílišném sebeuspokojení. V pedagogické komunikaci přitom záleží také na tom, nakolik žák zná toho, kdo mu poskytuje zpětnou vazbu. Žáci si musejí zvyknout na specifické odlišnosti různých způsobů zpětnovazebních aktů (různí učitelé, někteří užívají ironie, různé zabarvení hlasu, upřímnost jejich sdělení apod.).

Pro konstruktivnost zpětné vazby je třeba, aby reakce proběhla bezprostředně po odpovědi žáka. I v reakci na nesprávnou odpověď by měl učitel dát najevo jistou míru ocenění toho, že žák spolupracoval a snažil se problém vyřešit.

Gavora, P. (1997) shrnuje význam zpětné vazby následovně: „ *reakci na odpověď učitel může zpřesňovat, doplňovat, rozšiřovat či hodnotit žáka, motivovat ho k další odpovědi a k dalšímu vyjádření názorů na řešenou problematiku. Učitel může spojit jeden okruh řešených problémů s následujícím okruhem, prostřednictvím reakci může urychlit nebo zpomalit probírání tématu apod. Reakce učitele na odpověď jsou tedy potřebné z hlediska výuky a odpovědi žáků*“ (Gavora, 1997, 207).

6.1 Psychická odolnost

Mimo výše uvedené protektivní faktory rodinné, školní a mimoškolní, je nutné zmínit také „*životní prostředí dítěte, které mu pomáhá v obraně proti nepříznivým okolnostem, jedná se o síly v dítěti samém*“ (Matějček, Dytrych, 2005, s. 109). Jako významný osobnostní rys a charakteristika dítěte je vnímána resilience, nezdolnost.

Resilience je z anglického originálu přeložena jako pružnost, plasticita, schopnost vrátit se do původního stavu. Přeneseně, v oblasti psychického vývoje se jedná o schopnost „*vzpamatovat se z nějakého ohrožení, poškození, vzdorovat ohrožení, přestát úraz (psychický) či chronické zatížení*“ (Matějček, Dytrych, 2005, s. 110). Pojmu resilience se velmi blíží pojem sociální inteligence.

Resilienci definuje Šolcová (2009) „*jako schopnost vypořádat se úspěšně se stresem a nepřízní*“ (Cohler 1987 in Šolcová, 2009, s.11). Jako rozhodující je vnímána také adaptace také v nepříznivých okolnostech, kterým je dítě vystaveno. Resilience je chápána jako dynamický proces mezi dítětem, rodinou, prostředím. Dynamická povaha resilience je vnímána jako víceúrovňový jev, který se liší:

- situačně
- interindividálně
- nachází svůj zdroj v jedinci, v sociálním kontextu
- podléhá vývoji stejně jako jiné charakteristiky (Rutter 1987, in Šolcová, 2009, s.11).

Psychická odolnost či resilience předpokládá vystavení dvěma faktorům a to nepříznivým podmínkám a současně úspěšnou adaptaci na tyto okolnosti či podmínky. Jedná se tedy o dynamický proces, „*osobnostní rys, kterým jedinec dosahuje pozitivní adaptace při vystavení nepřízni*“ (Šolcová, 2009, s. 13).

Dále např. Ungar (2006, in Šolcová, 2009) vyvodil ze svého mezinárodního projektu tyto zdroje resilience:

- přístup k materiálním zdrojům: jídlo, bydlení, oblečení, lékařské služby vzdělání
- vztahy: s významnými dospělými, vrstevníky, s dospělými v sociální síti
- identita: smysluplnost, náhled na svoje přednosti a nedostatky, hodnoty, aspirace, spirituální a náboženská identita
- síla a kontrola: schopnost postarat se o sebe a o ostatní
- kulturní pouto: oddanost k praktikám, hodnotám a přesvědčením kultury, ke které jedinec přináleží
- sociální spravedlnost
- koheze: pocit jedince, že je sociálně a spirituálně součástí většího celku

6.1.1 Protektivní faktory osobnosti

Jako protektivní faktory jsou nazývány ty okolnosti, které jedincům pomáhají překonat tíživé životní situace. Byly nalezeny tři velké skupiny těchto faktorů (Sobotková, 2007):

- protektivní faktory ve vývoji jedince (temperamentové charakteristiky, samostatnost, schopnost říct si o pomoc...)
- protektivní faktory v rodině (úzký vztah ke kompetentní a emocionálně stabilní dospělé osobě, který vede k vytvoření pocitu bazální důvěry, duchovní dimenze života, pečovatelské chování)
- protektivní faktory ve společnosti (systém sociální pomoci, významné osoby v blízkém okolí – učitel, trenér atd.)

Šolcová (2009) protektivní faktory dělí na kompenzační a zdolňující. *Kompenzační faktory* dokáží neutralizovat vliv škodlivých faktorů (např. víra, optimismus, vnitřní kontrola,...). *Zdolňující faktory* napomáhají v posilování resilience, jsou to stresující situace zvládnutelné úrovně, které jsou jedincem překonány, jejich vliv lze připodobnit k očkování.

Např. Wernerová a Smithová (1992, in Šolcová, 2009) popsaly na základě svých studií tři skupiny protektivních faktorů:

- Alespoň průměrné kognitivní dovednosti spolu s dispozicí k příjemnému a sociabilnímu jednání, které vyvolává vstřícnou reakci ze strany ostatních osob.
- Laskavé a vřelé vazby s dospělými, jež umožnily dětem, aby se u nich vyvinula důvěra, autonomie a iniciativa.
- Schopnost navázat kontakt se školním prostředím a s podpůrnými občanskými organizacemi, jako je církev, mládežnické skupiny a mimoškolní organizace, a opírat se o ně.

Zdá se, že důležitým faktorem pro účinnost strategie je záměrnost (intencionalita) jejího používání. Nejobvyklejší záměrně volené strategie se vztahují k řešení problémů, zahrnují hledání informací, rozhodování, plánování, kontrolu účinku atd. Sobotková (2007) zjistila, že u odolných rodin převládaly strategie aktivního zvládnání těžkostí, duchovní podpora a mobilizace sil k přijetí pomoci od širších sociálních systémů.

V odborné literatuře se vžil název Velká pětka (Big five) pro „*pět vlastností, které v mnohých studiích vycházejí souhlasně tak, že s pravděpodobností předpovídají svému nositeli dobré společenské uplatnění, uspokojivou životní dráhu, šťastný život*“ (Matějček, Dytrych, 2005, s. 111). Do jisté míry jsou tyto vlastnosti dány geneticky, přenášejí se z jedné generace na druhou, dále na ně ve velké míře působí výchova a celá řada dalších vlivů. Jedná se o inteligenci, svědomitost, extraverci, přívětivost a citovou stabilitu.

V případě inteligence se pojmem nemyslí pouze vysoké IQ (intelligenční kvocient), schopnost učit se a nabývat vědomosti, ale především se jedná se o aktivní složku inteligence „*jakousi aktivní zvědavost či otevřenost vůči novým poznatkům a*

zkušenostem, schopnost vydávat se na dobrodružné výpravy za poznáním světa, schopnost to nové tvořivě či originálně zpracovat“(Matějček, Dytrych, 2005, s. 112). Jedná se o děti, které nemusí přímo vynikat ve škole, ale později v životě předstihnou ostatní.

Svědomitost také vyžaduje určitý podíl aktivity, která zasahuje ostatní. Je vnímána jako pracovní vlastnost, spolehlivost, disciplinovanost, cílevědomost, vytrvalost apod.

Extraverze (či živost) značí, že člověk je více aktivní směrem ven ze sebe než dovnitř. Jak uvádí Matějček (2005), jejím charakteristickým znakem je otevřenost vůči lidské společnosti, zahrnuje snadné navazování známostí, hovornost, otevřenost.

Prívětivost je další položkou v ochranné výbavě osobnosti člověka. Je charakterizována jako dobrosrdečnost, snášenlivost, poctivost či zdvořilost.

Jako poslední z velké pětky bývá jmenovaná citová stabilita, či nervová stabilita, odolnost. Lidé s tímto druhem stability jsou navenek i uvnitř klidní, vyrovnaní, nedají se lehce vyvézt z míry, mají odvahu, nejsou náladoví, úzkostní ani zlostní.

6.2 Chování podporující zdraví - duševní hygiena

Mezi základy ochrany a podpory zdraví patří zejména prevence, uplatňování zásad zdravé životosprávy a metod duševní hygieny.

Duševní hygiena (psychohygiena) je naukou o tom, jak si chránit a upevňovat, případně znovu nabýt duševní zdraví, jak zvyšovat svou odolnost vůči nejrůznějším nepříznivým vlivům, jak předcházet psychickým obtížím a pokud již nastaly, jak je nejlépe zvládat. „*Duševní hygiena se skládá z pravidel (jasných a určených), která pomáhají udržet, prohloubit anebo znovu získat duševní zdraví a rovnováhu* (Míček, 1986, s. 36) . Jak uvádí dále Míček (1984) duševní hygienou jsou rozuměna vědecky propracovaná pravidla a rady sloužící k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a rovnováhy. Duševní hygiena integruje lékařské, psychologické a sociální vědy, zabývá se otázkami prevence, možnostmi upevňování duševního zdraví a

možnostmi autoregulace jedince, jeho působení na sebe sama a na aktivní přetváření svého prostředí.

Duševní hygiena je prospěšná jak lidem zdravým, kterým slouží k upevnění a posílení dobrého zdravotního stavu, tak také lidem na hranici zdraví a nemoci, kteří si pomocí duševní hygieny podporují odolnost. V neposlední řadě je významná pro lidi již nemocné, kterým umožňuje zlepšení a urychlení rekonvalescence.

Pokud máme odpovědět na otázku, co se dá konkrétně ovlivnit, jestliže budeme respektovat pravidla duševní hygieny, můžeme věnovat pozornost jejímu významu. Psychohygiena může z tohoto úhlu pohledu ovlivnit:

a) Případný výskyt či intenzitu somatických (tělesných) i psychických nemocí. Mnoho nemocí má přímou souvislost s duševní (ne)rovnováhou. Neurotické potíže jako bolesti hlavy, úzkosti, deprese se dají v jejich mírnější podobě dodržováním duševní hygieny dobře ovlivnit.

b) Míru pracovního nasazení (výkonu). Duševní vyrovnanost a pracovní výkon jsou navzájem propojeny a úzce spolu souvisí. Pokud je člověk v napětí, rozkolísaný, roztržitý, je jasné, že jeho pracovní výkon bude klesat.

c) Mezilidské vztahy a jejich kvalitu. Lidé, u kterých můžeme pozorovat neurotické projevy, působí negativně a vnáší do svých vztahů problémy a konflikty. Psychohygiena může ovlivnit kvalitu všech blízkých vztahů, kam řadíme rodinné vztahy, partnerské soužití a dále například vztahy na pracovišti.

d) Osobní spokojenost. Životní vyrovnanost velmi úzce souvisí s uvolněností, s kapacitou zvládat psychické napětí a s účelným nakládáním s vlastní energií.

Duševní zdraví je dle WHO v užším pojetí chápáno jako nepřítomnost příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace. Širší pojetí charakterizuje projevy optimálního duševního zdraví jako úspěšnou adaptaci, stav tělesné, duševní a sociální pohody.

Jahodová (in Reifová, 2010, s. 135) uvádí kritéria duševního zdraví:

- postoj vůči sobě samému – zdravé sebevědomí založené na objektivním a realistickém sebeuvědomění

- růst, vývoj – přítomnost motivů růstu, týkajících se uznání druhými a seberealizace
- integrace osobnosti – vnitřní rovnováha, rovnováha psychických sil v individuu, jednotná životní filozofie, která objasňuje člověku možnost a cíle i smysl života
- autonomie, nezávislost, sebeurčení – schopnost řídit se ve svém jednání vnitřními měřítky, řídit a kontrolovat své činy
- adekvátní vnímání reality – správné vnímání okolí, nezávisle na svých přáních, důležitá je schopnost empatie do stavů druhého člověka a také sociální citlivost
- zvládnutí svého prostředí – řešení vyskytujících se problémů, přizpůsobivost

Duševně zdravý a vyrovnaný člověk má kladný postoj k sobě samému, je fyzicky a psychicky výkonný, má vnitřní pocit jistoty a je schopen vcítit se do pocitů druhých a mít je rád. Méně často se u něho objevují fyzické choroby.

Klíčový význam v udržení duševního zdraví a pohody má přizpůsobení (adaptace) člověka. Adaptace je proces, v němž se osobnost jedince přizpůsobuje jak měnícím se podmínkám vnějšího prostředí, tak také podmínkám svého vnitřního, subjektivního světa. Naopak neúspěšná adaptace, tzv. Maladaptace, je příznakem neúplného duševního zdraví. Adaptace je úzce spojena s reakcemi na stres.

K chování podporující zdraví dětí patří bezesporu smích. „Smích představuje nejlepší způsob, jak uvolnit stres a znovu nabýt duševní pohodu“ (Riefová, 2010, s. 129). Je prokázáno, že chemické látky, které se při smíchu v těle uvolňují, zmenšují bolest a napětí. Smích a humor se proto nedá ničím nahradit.

Dalším způsobem uvolnění a relaxace je kontrolované dýchání. Kontrolované, či uvědomělé dýchání uvolňuje svalstvo a zmenšuje stres, napomáhá léčbě některých tělesných potíží a nemocí.

Psychohygienu nabízí nácvik tzv. autoregulačních technik. Tyto techniky využívají různých metod sebepoznání a zacházení z vlastním myšlením a prožíváním. Jedná se např. o kontrolu vlastních myšlenek a práci s emocemi. Doporučuje se rozvíjet pozitivní přístup k životu a bránit se negativistickému způsobu myšlení a snažit se přerušit často bludný kruh negativního prožívání.

Dalšími metodami duševní práce je sebepoznání a sebevýchova. Metodou sebepoznání je pravidelná registrace vlastního chování a jednání, rozbor příčin průběhu následků určitých projevů (reflexe), metoda volných asociací (bezprostřední reakce na určité podněty). Mezi metody sebepoznání patří pravidelná registrace vlastního chování a jednání, rozbor příčin průběhu následků určitého projevu (reflexe), metoda volných asociací (bezprostřední reakce na určité podněty atd.).

Sebevýchova je vnímána jako záměrná, cílená snaha o sebepoznání, koncentrace myšlenek, autoregulace myšlenek a představ, zvládnutí emocí, vytváření žádoucích vlastností vůle.

Celkovému zklidnění napomáhají dechová cvičení, prvky jógy, relaxační techniky, imaginace, sugesce. Mezi základní relaxační techniky je řazen autogenní trénink a progresivní svalová relaxace. Jedná se o nácvik systematického uvolňování svalového napětí v klidném a bezpečném prostředí, za doprovodu relaxační hudby. Autogenní trénink napomáhá snížení fyzické a psychické tenze a celkové harmonizaci.

Z výše popsaného vyplývá, že při udržení zdraví a prevenci onemocnění je třeba dbát nejen správné životosprávy, ale také zásad duševní hygieny.

7 Empirická část

Pro výzkumnou část práce jsem zvolila kvantitativní metodologii.

7.1 Kvantitativní metodologie

Kvantitativní výzkum je označení pro přístup, jehož zdrojem má být pouze objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání edukační reality, podobně jako v přírodních vědách (Skutil, 2007). Smyslem kvantitativního výzkumu je získat obecně platné poznatky o jevech, objektech a vztazích mezi nimi. „*Jedním z hlavních rysů kvantitativního výzkumu je numerické měření specifických aspektů sledovaného jevu. Opírá se především o vymezení měřitelných proměnných*“ (Skutil 2011, s. 59). Dá se shrnout, že se jedná o záměrnou, systematickou činnost, při které se empirickými metodami ověřují hypotézy o vztazích mezi zkoumanými jevy. Často se řeší jeden nebo více vzájemně souvisejících problémů. Jak uvádí Maňák (2004), základem je skutečnost, že „výzkumník definuje proměnné a formuluje pracovní hypotézu, kterou pak při vlastním empirickém výzkumu ověřuje (potvrzuje nebo vyvrací). Postup jednotlivých výzkumů je následující:

- stanovení problému včetně předběžné teoretické analýzy
- formulace hypotéz
- testování (verifikace, ověřování hypotéz)
- vyvození závěrů a jejich prezentace (Skutil, 2011, s. 59).

Hypotéza je definována jako „*předpoklad, tvrzení, podmíněný výrok o vztazích mezi dvěma či více proměnnými. Je chápána jako odpověď na výzkumnou otázku, je ověřitelná a měla by obsahovat alternativy (platí – neplatí)*“ (Skutil, 2011, s. 60). Empirický výzkum však pouze zdůvodňuje přijatelnost stanovených hypotéz, jak uvádí Chráska (2007), žádný empirický důkaz nemůže hypotézu jednoznačně nebo definitivně dokázat. Pokud je hypotéza na základě empirického dokazování přijata, je možné ji následně zobecnit a doporučit k praktickému využití.

Výzkumná hypotéza by měla splňovat následující požadavky:

- je vyjádřena v podobě podmíněného výroku o vztazích mezi dvěma nebo více proměnnými
- je formulována stručně, jasně, jednoznačně, obvykle v oznamovací větě a neobsahuje více alternativ
- výzkumná hypotéza musí být ověřitelná, předpokládá to uchopitelnost odpovídajícími výzkumnými metodami a technikami (Pelikán, 1998, in Skutil 2011, s. 60).

7.2 Realizace výzkumu

Ve výzkumné části byla užitá metoda dotazníku. Dotazník je jednou z nejrozšířenějších pedagogických výzkumných technik. Jeho podstatou je zjištění dat o respondentovi, ale také jeho názorů, postojů k problémům apod. Dotazník je psaný soubor otázek na zkoumané téma, jak uvádí Skutil (2011), jedná se o metodický nástroj výzkumu zjišťování informací o osobních znalostech, postojích k aktuální skutečnosti a hodnotových preferencích.

U vybraného souboru respondentů byl použit dotazník vlastní konstrukce, sestavený ze souboru otázek na téma zdravého životního stylu žáků. V dotazníku jsou obsaženy otázky uzavřené (dichotomické), které nabízejí respondentovi varianty odpovědí, z nichž si dotazovaný musí vybrat a otevřené otázky, které neomezují respondenta ve vyjádření.

7.3 Etické principy realizace výzkumu

Výzkum byl podřízen určitým metodologickým pravidlům, vycházel z etických principů realizace výzkumu. Výběr zkoumaných respondentů byl tzv. pozitivní, realizován u žáků dané věkové kategorie, kteří se výzkumu hodlali zúčastnit. Výběr respondentů byl realizován na základě tzv. Informovaného souhlasu (Hendl, 2005). Zkoumaní žáci dobrovolně souhlasili se svým začleněním do výzkumu a zároveň byly

ze strany výzkumníka seznámení s tím, jaký je záměr výzkumu, jaké jsou jeho cíle a využití výsledků.

Využitím metody dotazníku byla zachována anonymita respondentů. Respondenti byli předem informováni, že jejich identita nebude odhalena a jejich výpovědi slouží pouze k výzkumným účelům této diplomové práce. Současně je ve výzkumu zachována také anonymita institucí, v tomto případě základních škol.

Výsledky výzkumu jsou publikovány nezkráceně, ve shodě se stanovenými hypotézami.

7.3.1 Dotazníkové šetření u žáků 2. stupně ZŠ

Metodu dotazníku byla zvolena předně proto, že mým záměrem bylo oslovit vyšší počet jedinců a získat tak relativně více možností dozvědět se, jak danou problematiku vnímají žáci. V dotazníku jsem použila otevřených i uzavřených otázek. Dotazovaní měli možnost zvolit více odpovědí v rámci několika uzavřených otázek, přičemž měli za úkol seřadit je do stupnice podle důležitosti. Touto formou odpovědí lze zjistit nejen to, jaké varianty byly nejčastější, ale i pořadí zvolených variant.

Výzkum byl proveden u žáků 2. stupně základní školy. Celkem se výzkumu účastnilo 61 respondentů, z toho diagnostikovaných 4 žáci s ADHD. Návratnost dotazníků byla v obou případech 100%.

Při vyhodnocování dotazníku jsem použila metodu bodování. Tato metoda spočívá v obodování jednotlivých odpovědí podle důležitosti a váhy (odpovědi označené číslem 1 byla přiřazena nejvyšší hodnota, která závisela na počtu odpovědí).

7.4 Pracovní hypotézy

Výzkum si klade za cíl zjistit zájem žáků 2. stupně ZŠ o problematiku zdravého životního stylu. Současně, a to v případě kladné i záporné odpovědi, také důvod jejich zájmu s ohledem na psychickou odolnost a míru sociální opory.

1. Předpokládám, že žáci 2. stupně ZŠ se fenoménem zdravého životního stylu nezabývají. Výjimku tvoří ti, kteří jsou v rodině a blízkém okolí konfrontováni s problematikou nemoci

Dále mne zajímá, s jakými hodnotami žáci spojují zdravý životní styl a jaké jsou podle nich hlavní charakteristiky zdravého životního stylu.

2. Předpokládám, že žáci budou zdravý životní styl spojovat především s pohybovou aktivitou a zdravou stravou.

Další hypotéza se týká hodnocení zdravého životního stylu. Zajímá mne, zda žáci budou klást důraz také na kvalitu mezilidských vztahů a sociální oporu.

3. Předpokládám, že problémy nezdravého životního stylu budou žáci vidět především v závislostech než v problémové sociální oblasti a vzájemných mezilidských vztazích.

Na závěr chci zjistit, co by žáci sami doporučovali jako možnost řešení problémů nezdravého životního stylu, případně jsou sami schopni a ochotni na udržení svého zdraví pracovat. V tomto případě, z důvodu co nejnižší ovlivnitelnosti vlastními návrhy, ponechávám respondentovi prostor k vyjádření.

4. Předpokládám, že žáci nejsou ochotni se do řešení problematiky zdravého životního příliš zapojovat.

7.5 Výsledky výzkumu a interpretace

7.5.1 Hypotéza č. 1

<p>Předpoklad, že žáci 2. stupně ZŠ se fenoménem zdravého životního stylu nezabývají (výjimku tvoří ti, kteří jsou v rodině a blízkém okolí konfrontováni s problematikou nemoci) měl být potvrzen či vyvrácen otázkami č.11, 12 a 13.</p>
--

Otázka č.11: Zajímáš se o to, co je důležité pro tvůj zdravý životní styl?

Tabulka č. 1

odpověď		počet odp.	žáci s ADHD	%
ano často	A)	4	0	7
někdy	B)	25	4	48
spíše ne	C)	17	0	28
ne	D)	11	0	17

Na tuto otázku odpověděla polovina respondentů kladně a polovina záporně. Přitom kladná odpověď *přemýšlím někdy* byla volena nejvíce (29), což dokazuje poměrně vysoký zájem žáků o problematiku zdravého životního stylu. Odpověď *ano-často* zvolili pouze 4 žáci.

V případě záporných odpovědí byla volena ve větší míře odpověď méně radikální – *spíše nepřemýšlím* (17). Odpověď *ne, nepřemýšlím* se objevila jedenáctkrát.

Celkově mě vyrovnaný počet záporných a kladných odpovědí překvapil a může být potvrzením, že problematika zdravého životního stylu není žákům vzdálená.

Otázka č. 12: V případě, že se o zdravý životní styl zajímáš, uveď proč?

Tabulka č. 2

odpověď		počet odp.	žáci s ADHD	%
uvědomuji si, že se mne tato problematika bude jednou také týkat	C)	34	2	59
tuto otázku řešíme doma s rodiči	B)	19	1	33
v rodině máme nemocného člověka a problematika zdravého životního stylu se mne dotýká	A)	4	1	8
o zdravém životním stylu se dovídám z médií	D)	0	0	0
jiný důvod	E)	0	0	0

Skutečnost, že žáci o zdravém životním stylu přemýšleli, byla nejvíce ovlivněna tím, že si uvědomují, že se jich problematika stárí bude také týkat zdravého životního stylu (36). Kladně odpovídali také žáci, kteří tuto otázku řeší doma s rodiči (20). Málo bylo těch, kteří v rodině mají nemocného člověka (5). Informovanost z médií pak nebyla zvolena ani v jednom případě. Celkově byl výsledek opět překvapující, neboť potvrzuje vysoké procento žáků 2. stupně ZŠ, kteří si uvědomují skutečnost, že důležitosti zdravého životního stylu.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila. Procento žáků zabývajících se problematikou zdravého životního stylu je shodné s procentem žáků, kteří o problematiku zájem nejeví. Zájem žáků je nejvíce ovlivněn jejich přesvědčením, že se jich tato problematika bude v budoucnu také týkat, tedy ne výhradně úzkou konfrontací s nemocí blízkého člověka.

Základům výživy se dítě učí v rodině. Rodiče jsou pro dítě vzorem, který dítě bude více či méně v dospělosti kopírovat. Účinná je každodenní praxe, kdy dítě dostává na talíř to, co požadavkům na správnou výživu odpovídá. Dítě tak v rodině získává základní povědomí o škodlivosti evidentně nezdravých jídel a nezdravého životního stylu celkově.

Otázka č. 13: Jsi zdrav/a?

Tabulka č. 3

odpověď		počet odp.	žáci s ADHD	%
Ano, zcela	A)	52	3	90
Ne tak docela, často bývám nemocen/a	B)	5	1	10
Ne, léčím se s vážnou chorobou	C)	0	0	0

Žáci v odpovědích uvedli, že *jsou zcela zdraví* (55). Méně žáků potom volilo variantu *ne tak docela, často bývám nemocen* (6).

7.5.2 Hypotéza č. 2

Předpokládá, že žáci budou zdravý životní styl spojovat především s pohybovou aktivitou a zdravou stravou a vztahuje se k otázkám číslo 6 a 7.

Otázka č. 7: Pro tvé zdraví a zdravý životní styl je důležité:

Tabulka č. 4

odpověď			žáci s ADHD %
Sport a sportovní aktivity	F)	24	1,8
Zdravé jídlo	E)	21,46	2,44
Vyhýbání se kouření, alkoholu, drogám	D)	17	1,8
Návštěvy u lékaře	C)	8,9	0
Dobré vztahy s rodiči a kamarády	G)	7,7	0
Odpočinek a relaxace	A)	7,6	0
Zájmové aktivity	B)	7,3	0
Jiná možnost	H)	0	0

V této otázce měli žáci možnost zvolit libovolný počet odpovědí. Odpovědi byly vsutku nečekané. Jako hlavní předpoklad zdraví a zdravého životního stylu, zvolilo nejvíce žáků předpoklad *sportu a sportovních aktivit*.

Na druhé místo pak umístili *zdravé jídlo* a na třetí s nimi úzce související *vyhýbání se kouření, alkoholu a drogám*.

Na čtvrtém místě žáci zmiňují *navštěvy u lékaře*. Až na páté místo žáci umístili dobré vztahy s rodiči a kamarády. Na šestém místě se potom ocitá *odpočinek a relaxace*.

Nejméně je zdravý životní styl spojován se *zájmovými aktivitami* žáků. Jiná možnost nebyla zvolena ani doplněna.

Otázka č. 7: Zdravý životní styl podle tebe zahrnuje?:

Tabulka č. 5

Odpoověď		%	Žáci s ADHD %
Kvalitní stravu	B)	14,9	2,44
Sport a pohybovou aktivitu	M)	10,5	1,8
Dobré vztahy s ostatními	E)	11,9	0
Odpočinek, uvolnění	L)	10,6	0
Spánek	F)	10	0
Relaxace	A)	9,3	0
Pitný režim	K)	8,3	0
Pravidelná strava	C)	5,8	0,61
Vitamíny, minerály	H)	3,8	0
Koníčky a záliby	N)	3,2	0,61
Relaxaci	G)	3,6	0
Pozitivní pohled na život	I)	1,8	0
Doplňky výživy	J)	1,7	0
Dobrou náladu	D)	0,3	0

Také v této otázce studenti volili libovolný počet odpovědí. Na prvním místě se umístila *kvalitní strava*, na druhém místě sport a pohybová aktivita, čímž se **potvrdila 2. hypotéza**.

Mladí lidé dále zdravý životní styl překvapivě spojují s *dobrymi vztahy s ostatními, s odpočinkem, uvolněním, spánkem*. V polovině žebříčku se objevuje *relaxace, pitný režim, pravidelná strava*.

Následuje potřeba vitamínů, minerálů, dále koníčky a záliby, relaxace, pozitivní pohled na život a doplňky výživy. Jako vůbec poslední charakteristiku zdravého životního stylu žáci uvádějí *dobrou náladu*.

Co se týká zájmových aktivit, vysoké procento respondentů uvedlo, že na navštěvují ve svém volném čase zájmové kroužky.

7.5.3 Hypotéza č. 3

Předpokládá, že problémy nezdravého životního stylu budou žáci vidět především v závislostech než v problémové sociální oblasti a vzájemných mezilidských vztazích. K této hypotéze se vztahuje otázka č. 8 a 15,16.

Otázka č. 8: Ke zdravému životnímu stylu podle tebe nepatří?

Tabulka č. 6

Odpověď		%	žáci s ADHD %
Alkohol	F)	21,6	1,8
Drogy	C)	11,9	2,4
Kouření	L)	11,9	0,6
Nezdravá jídla	B)	9,6	2,4
Nezdravé pití	J)	10,7	0,6
Nedostatek pohybu	I)	9,1	0
Přejídání se	A)	6,2	0
Gambling	G)	4,3	0
Trávení mnoho času před televizí, počítačem	E)	3,1	0,6
Ponocování	H)	2,3	0
Stres	K)	0,7	0
Špatná nálada	M)	0,4	0
Jednostranný pohyb	D)	0	0

V otázce volili respondenti libovolný počet odpovědí. Jako neslučitelné se zdravým životním stylem žáci jednoznačně považovali závislosti na alkoholu, drogách a kouření. **Tím se potvrzuje 3. hypotéza.**

Za nejzávažnější problém zdravého životního stylu označili žáci *alkohol*. Na druhém místě se objevily *drogy*. Následovalo *kouření* (místo třetí). *Nezdravé jídlo a nezdravé pití* obsadilo místo čtvrté a páté.

Níže se potom umístil *nedostatek pohybu, přejídání se, gambling, trávení času před televizí a počítačem, ponocování, stres a špatná nálada*. Jednostranný pohyb nebyl žáky označen ani v jednom případě.

Otázka č. 15: Máš zkušenost s užíváním:

Tabulka č. 8

odpověď		Počet odp.	žáci s ADHD	%
Cigaret	B)	42	3	46,8
Alkoholu	C)	35	3	39,5
Marihuany	A)	17	2	19,7
Drogy	D)	2	0	2

Odpovědi žáků byly zarážející. Zkušenost s *kouřením* uvedli žáci ve velké míře (45), méně uvedlo zkušenost s *alkoholem* (38), s *marihuanou* (19 respondentů). Dokonce 2 žáci uvedli zkušenost s drogou.

7.5.4 Hypotéza č. 4

Předpokládá, že žáci nejsou ochotni se do řešení problematiky zdravého životního stylu příliš zapojovat. Tuto čtvrtou hypotézu zjišťovala otázka číslo 22 a 24.

Otázka č. 22: Čeho by ses nikdy nechtěl/a vzdát?:

Tabulka č. 7

Odpověď		%	žáci s ADHD %
Rodičů	E)	23,1	2,4
Sourozenců	A)	18,4	0,6
Kamarádů	G)	15,7	1,2
Počítače	C)	10,7	1,8
Kroužků a zájmů	H)	10,5	0,6
Závislostí	F)	6,4	0,6
Kouření	D)	3,8	0,6
Alkoholu	B)	3,9	0
Jiná možnost	I)	0	0

Žáci v této otázce opět volili libovolný počet odpovědí. Z odpovědí vyplývá, že respondenti se nechtějí vzdát zejména vztahových základů jejich života – *rodičů, sourozenců, kamarádů*. Tímto se **4. hypotéza nepotvrzuje**. Z výpovědí je zřejmé, že případné problémy alkoholu, kouření a závislostí jsou žáci odhodláni řešit. Výše zmíněné tvrzení je v souladu také s výsledky otázky č. 24.

Otázka č. 24. Chtěl/a bys něco na svém způsobu života změnit?

Na otázku neodpovědělo 12 respondentů a mezi nimi byli žáci s ADHD.

Odpovědi lze zjednodušeně rozdělit do dvou okruhů, v nichž je počet řešení zastoupen vcelku rovnoměrně.

Zvolený okruh se týká:

- řešení mezilidských vztahů
- řešení stravovacích návyků

Pokud jde o *změnu v mezilidských vztazích*, žáci navrhují: vnímat problémy rodičů, sourozenců, kamarádů, ale také učitelů a zajímat se o ně; komunikovat s nimi; připomínat jim, jak jsou pro ně potřební; navštěvovat je; zlepšit ohleduplnost z jejich strany; pomáhat rodičům s drobnými pracemi (úklidem, vařením), poslouchat jejich rady týkající se zdraví, stravy a zdravého životního stylu.

Jako možné *řešení stravovacích návyků* se nejvíce objevovaly sdělení o nutnosti požívání více ovoce a zeleniny, dodržování pravidelného příjmu tekutin, ale také nutnost pravidelného stravování, nošení svačín, chození na obědy, vyhýbání se alkoholickým nápojům.

Z vysokého počtu odpovědí i možností řešení jednotlivých problémů je možné usuzovat na vysokou informovanost a zájem žáků o problematiku zdravého životního stylu. Je zřejmé, že žáci 2. stupně ZŠ mají zájem dodržovat zdravý životní styl.

Závěr

Předkládaná diplomová práce si kladla za cíl představit problematiku zdravého životního stylu u dětí středního školního věku i žáků s ADHD, druhého stupně základní školy.

První kapitola diplomové práce se zabývala charakteristikou ADHD, pojetím zdraví, výživou, složkami a zásadami správné výživy, ale také informacemi o důležitosti kvalitního trávení volného času dětí, spojených se zájmovými aktivitami a pohybem.

Druhá kapitola diplomové práce definuje nezdravé způsoby životního stylu dětí, jednotlivé druhy závislostí, závislost na alkoholu, drogách, kouření, gamblingu, hromadných sdělovacích prostředcích. Třetí kapitola byla věnována faktorům ovlivňujícím životní styl dětí, mezi něž patří především rodina, škola, ale také psychická odolnost dětí, osobnostní výbava a duševní hygiena.

Závislost se stává významným problémem současné populace dětí středního školního věku. Nejčastější výskyt závislostního chování se objevuje u drogové závislosti, alkoholismu, tabakismu a gamblingu. Mezi motivy chování, které vedou ke vzniku abúzu drog, lze zařadit motivaci interpersonální, sociální, fyzickou, senzorickou, emocionální, intelektuální, či spirituální.

Také v rámci praktické části diplomové práce se ukázalo, že děti středního školního věku jsou rizikovou skupinou co do abúzu drog. Významnou roli při zneužívání návykových látek sehrává dysfunkční rodina, patologická komunikace v rodině a hledání sociální identity jedince, dále vliv vrstevníků, se kterými se jedinec stýká, ale také nadměrná protektivnost, autoritativnost a dominantnost rodičů. Alkoholismus je závislostní chování společností akceptované, společenské cítění současné doby je spíše „proalkoholní“, konzumace alkoholu je zabudována do mnoha lidských rituálů.

Typickou nelátkovou závislostí vyskytující se také u populace mladistvých je závislost na hracích automatech. Únik z reality, redukce tenze, nedostatečná odpovědnost jsou příčiny vedoucí do světa her. Se změnou sociálněekonomických

poměrů se změnila i forma těchto her. Roste kriminalita v souvislosti s hazardními hrami. Za příčinu vzniku závislosti je možné považovat také projevy psychické deprivace či subdeprivace, jejichž základ je možné hledat ve výchově v rodině.

Výzkumná část diplomové práce se zaměřila na vnímání zdraví a zdravého životního stylu dětmi středního školního věku i dětí s ADHD. Výzkum byl realizován formou kvantitativního šetření formou dotazníku. Cílem bylo detailní porozumění a seznámení se s vnímáním zdravého životního stylu dětmi středního školního věku.

Výzkumem bylo zjištěno, že problematika zdravého životního stylu není žákům druhého stupně vzdálená. Z výzkumu vyplynulo, že procento žáků, zabývajících se problematikou zdravého životního stylu, je shodné s procentem žáků, kteří o problematiku zájem nejeví. Zájem žáků je nejvíce ovlivněn jejich přesvědčením, že se jich tato problematika bude v budoucnu také týkat.

Jako hlavní předpoklad zdraví a zdravého životního stylu, zvolilo nejvíce žáků předpoklad sportu a sportovních aktivit, dále zdravé jídlo a vyhýbání se kouření, alkoholu a drogám.

Základům správné výživy se dítě učí v rodině. Rodiče jsou pro dítě vzorem, který dítě bude více či méně v dospělosti kopírovat. Účinná je každodenní praxe, kdy dítě dostává na talíř to, co požadavkům na správnou výživu odpovídá. Dítě tak v rodině získává základní povědomí o škodlivosti evidentně nezdravých jídel a nezdravého životního stylu celkově.

Výzkumem se ukázalo, že žáci zdravý životní styl překvapivě spojují s dobrými vztahy s ostatními, s odpočinkem, uvolněním a spánkem. Co se týká zájmových aktivit, vysoké procento respondentů uvedlo, že na navštěvují ve svém volném čase zájmové kroužky.

Za nejzávažnější problém zdravého životního stylu označili žáci alkohol, drogy a kouření. Je zřejmé, že žáci si uvědomují míru negativního dopadu závislostí na zdraví člověka. Ukázalo se, že případné problémy alkoholu, kouření a závislostí jsou žáci odhodláni řešit. Žáci jsou také ochotni změnit svůj postoj k vzájemným mezilidským vztahům, mají zájem o větší kontakt s rodiči, jsou ochotni vnímat problémy rodičů, sourozenců, kamarádů, ale také učitelů a zajímat se o ně, připomínat jim, jak jsou pro ně

potřební, poslouchat rady dospělých týkající se zdraví, stravy a zdravého životního stylu. Jako možné řešení současných stravovacích návyků žáci uvádí nutnost zařazení do jídelníčku více ovoce a zeleniny, dodržování pravidelného příjmu tekutin, ale také nutnost pravidelného stravování, nošení svačín, chození na obědy a vyhýbání se alkoholickým nápojům.

Celkově se potvrdilo, že žáci s ADHD se neliší ve vnímání zdravého životního stylu od ostatních respondentů.

Celkově vyznívá dotazníkové šetření pozitivně. Praktickou částí práce se mi tak podařilo naplnit zvolený cíl. Závěrem je možné nabídnout využití výsledků výše prezentovaného výzkumu pro praxi. Výzkum přinesl detailní pohled na způsob, jakým děti staršího školního věku vnímají a vytváří žádoucí vlastnosti spojené se zdravým životním stylem, které mají významný vliv na jejich pozdější vývoj a fungování ve společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- BARTOŇOVÁ, M.: *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD. Spol, s.r.o., 2005, ISBN 80-86633-37-3.
- BEDRNOVÁ, E. et al. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha, Fortuna 1999
- BOWLBY, J. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 356 s. ISBN 9788073676704
- ČERNÁ, M. a kol. *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-880-8
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum. 2008. ISBN 978-80-246-0139-7
- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z. MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 8071691925
- DVOŘÁK, D., NOVÁKOVÁ D. *O nás – pro vás*. IDEA. Jihlava, 1996
- ELLIOTTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. Praha, Portál 1995, ISBN 80-7178-034-0
- FOŘT P. *Výživa pro dokonalou kondici*. Grada, Praha 2005, ISBN 80-247-1057-9
- FOŘT P. *Moderní výživa pro děti*. Metramedia, Praha 2000, ISBN 80-238-5498-4

- GREVAROVÁ O, BÁCOVÁ M. *Pracovník v sociálních službách*.
Brno, 2007
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha Pavel Hartl, 1993, ISBN
80-901549-0-5
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha, Grada
Publishing, 1996
- HELUS, Z. *Pojetí žáka a perspektivy osobnosti*. Praha: SPN, 1982. ISBN 978-
80-7367-628-5
- HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro
učitele i rodiče*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. 286 s. ISBN
9788073676285
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz.
vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 9788073674854
- HUBER, HEWSON, E. *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Praha: Grada, 2009
- JIRÁK, KÖPPLOVÁ: *Média a společnost*, Praha, Portál 2003
- JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě
ve škole a v rodině*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 238 s. Pedagogika (Grada).
ISBN 978-80-247-2697-7
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia, Praha
2001
- KOLUCHOVÁ, J. *Psychická deprivace a náhradní rodinná péče*. In Sborník
přednášek z 6. konference o NRP. Praha: MPSV, 1999. ISBN 80-85529-66-1

- KOZÁK, J. *Rizikový faktor kouření*. KPK Praha, 1993, ISBN 80-85267-42-X
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, Portál, 2001
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Grada Avicenum, Praha 1994
- KUNCZIK, M. *Základy masové komunikace*, Praha, Portál 2000
- KUNOVÁ V. *Zdravá výživa*, Grada, Praha, 2010, ISBN 978-80-247-0736-5
- MACEK P. *Adolescence, psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha, Portál, 1999, ISBN 80-7178-348-X
- MACHOVÁ, J. KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006.
- MIKOŠKA J. *Outdoorové sporty*. Computer Press, Praha 2000, ISBN 80-251-0896-1.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968
- MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*, Praha, Portál 2007, ISBN 978-80-7367-325-3.
- MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*, Praha, Portál 2007, ISBN 978-80-7367-272-0

- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH Z., *Krizové situace v rodině očima dítěte*, Praha, Grada 2002, ISBN 80-247-0332-7
- MAŘÍKOVÁ, HL, PETRUSEK, M. *Velký sociologický slovní. II. Svazek, P-Ž*. 1 vyd. Praha: Karolinu, 1996, 749 s. ISBN 80-7184-310-5
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. SPN, Praha 1984
- MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. SPN, Praha 1976
- MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 s. ISBN 97880210455070
- MOŽNÝ, I. *Sociologie rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999
- MUŽÍK, V. *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole*. Brno, Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-156-0
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2000. s. 287. ISBN 80-200-0690-7
- NASTOUPILOVÁ, P.: *Média a jejich vliv na žáka základní školy (Diplomová práce)*, Olomouc, Pedagogická fakulta UP 1997
- NEŠPOR K. *Jak překonat problém s hazardní hrou*. Praha, Sportpropag, 1996
- NEŠPOR K. *Jak překonat problém s alkoholem vlastními silami*. Praha, Sportpropag, 1996
- NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem*. Praha: Grada, 1998
- NEŠPOR K., CSÉMY, L. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. Praha, Sportpropag, 1996
- PRESL J. *Drogová závislost*. Medica, 1995, ISBN 80-85800-25-X

- RIEFOVÁ S.F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, Praha, Portál 2007, ISBN 978-80-7367-728-2
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 435 s.
- ŘIHÁČEK, T. *Duševní hygiena*. Studijní materiál pro potřeby předmětu PSY 746. Brno, 2004, FSS MU Brno
- SERFONTEIN, G. *Potíže dětí s učením a chováním*. Praha : Portál, 1999. 149 s. ISBN 8071783153
- SOBOTKOVÁ, I. *Poznatky z psychologie rodiny, fungování a odolnost rodin*. In: Sborník příspěvků z Konference k 10. výročí Mezinárodního roku rodiny, Olomouc: VCVS ČR, 2004. ISBN 80-239-4185-2.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny a pediatrie, styčné body a možnosti spolupráce*. Olomouc: SZPD, 2006. ISBN neuvedeno
- STRATIL P. *ABC zdravé výživy*. 2. vyd. Brno, 1993, ISBN 80-900029-8-6
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál, 1999
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 8071783080
- VLASTNÍK, J.: *Televizní násilí a zákon*, Olomouc, Votobia 2005
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, *Aplikovaná sociální psychologie I. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál, 1998. 383 s. ISBN 80-7178-269-6
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, *Sociální psychologie*. Praha: Portál, 2008.408 s. ISBN978-80-247-1428-8

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha A – Dotazník

Milí žáci a milé žákyně, ráda bych vás požádala o vyplnění dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce, zabývající se životním stylem žáků 2. stupně základní školy.

Dotazník je anonymní, v odpovědích není podstatná správnost, ale vaše skutečné vnímání dané otázky. U každé otázky prosím označte odpověď, která je vám nejbližší a s níž souhlasíte.

Děkuji za vaši spolupráci.

.....

1. Čemu se věnuješ ve volném čase?

Sportu

Počítači

Televizi

Poslechu hudby

Výtvarné činnosti

Návštěvě kroužků

Četbě

Přípravě na vyučování

Trávení volného času s kamarády

Pobytu venku mimo domov

Jiná odpověď,

dopiš.....

2. S kým nejraději trávíš volný čas?

Sám/sama

S kamarády

Se sourozenci

S rodiči

3. Chtěl/la bys svůj volný čas trávit jiným způsobem?

Ano, chtěl/la bych změnit.....

Ne

4. Pokud jsi doma s rodiči, sourozenci, nejčastěji ?

Sledujeme televizi

Sportujeme

Chodíme na procházky
Čteme
Chodíme do divadla, kina, na výstavu
Netrávíme spolu volný čas
Jiné.....

5. Svěřuješ se rodičům s tím, jak a kde trávíš svůj volný čas ?

Ano
Ne
Někdy

6. Pro tvé zdraví a zdravý životní styl je důležité

Zdravé jídlo
Návštěvy lékaře
Sport a sportovní aktivity
Vyhýbání se kouření, alkoholu, drogám
Odpočinek a relaxace
Dobré vztahy s rodiči a kamarády
Zájmové aktivity
Jiné.....

7. Zdravý životní styl podle tebe zahrnuje?

Kvalitní stravu
Pitný režim
Spánek
Dobré vztahy s ostatními
Koníčky a záliby
Odpočinek, uvolnění
Doplňky výživy
Sport a pohybovou aktivitu
Relaxaci
Dobrou náladu
Pozitivní pohled na život
Optimismus
Pravidelnou stravu
Vitamíny, minerály

8. Ke zdravému životnímu stylu podle tebe NEPATŘÍ?

Alkohol
Drogy
Kouření
Gambling
Nezdravá jídla
Nezdravé pití
Ponocování
Nedostatek pohybu
Trávení mnoho času před počítačem, televizí
Přejídání se
Jednostranný pohyb
Stres
Hádky, špatná nálada

9. Kolikrát denně se stravuješ?

1 – 2 x
3 x
5 x
6 a více porcí jídla

10. Ponocuješ?

Ano
Ne
Někdy

11. Zajímáš se o to, co je důležité pro tvůj zdravý životní styl?

Ano, často
Někdy
Spíše ne
Ne

12. V případě, že se o zdravý životní styl zajímáš, uveď proč?

Uvědomuji si, že se mne tato problematika bude v budoucnosti týkat
Tuto otázku řešíme doma s rodiči
V rodině máme nemocného člověka a problematika zdravého životního stylu se mne dotýká

O zdravém životním stylu se dovídám z médií
Jiný důvod.....

13. Jsi zdrav/a?

Ano, zcela
Ne tak docela, často bývám nemocen/a
Ne, léčím se s vážnou chorobou

14. Jsou tví rodiče, sourozenci, blízcí příbuzní zdraví?

Ano, zcela
Ne tak docela, často bývají nemocní
Ne, léčí se s vážnou chorobou

15. Máš zkušenost s užíváním?

Alkoholu
Marihuany/konopí
Drogy
Cigaret
Jiné.....

16. Máš někdo z tvého okolí, rodiny problém užíváním?

Alkoholu
Marihuany/konopí
Drogy
Cigaret
Jiné.....

17. Piješ alkohol?

Často
Občas
Jednou jsem ochutnal/a
Ne, nikdy

18. Kouříš?

Často
Občas

Jednou jsem ochutnal/a

Ne, nikdy

19. Až ti bude 18 let, budeš?

Kouřit

Pít alkohol

Brát drogy

Zabývat se hrou na automatech

Nic z uvedeného

20. Děláš něco co škodí tvému zdraví?

Ano

Ne

21. Jak bys zhodnotil/a svůj vztah k sobě?

Mám se rád/a.

Nemám se rád/a .

22. Čeho by ses nikdy nechtěl/a vzdát?

Rodičů

Sourozenců

Kamarádů

Kroužků a zájmů

Počítače a her

Kouření

Alkoholu

Závislostí

Další.....

23. Jsi se svým životem spokojen/a?

Ano

Ne

Docela

24. Chtěl/a bys něco na svém způsobu života změnit?

.....

.....
.....
.....

DĚKUJI ZA VÁŠ ČAS A VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU!

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Eva Kukulová

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Vnímaná osobní účinnost a zdravý životní styl u žáků středního školního věku s ADHD

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 86

Celkový počet stran příloh: 92

Počet titulů české literatury a pramenů: 60

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Felix Černocho, CSc.