

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2019-2020

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Klára Zůzová**

**Sociálně patologické jevy ve školním prostředí na 2. stupni  
ZŠ na Kladensku**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:  
doc. PaedDr. Slavomír Laca Ph.D.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

2019-2020

**BACHELOR THESIS**

**Klára Zůzová**

**Socio-pathological phenomena in the school  
environment at 2nd degree at primary schools in the  
Kladno region**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

doc. PaedDr. Slavomír Laca Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Klára Zůzová .....

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, PhD. za vedení mé práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce je zaměřena na sociálně patologické jevy, které trápí současnou společnost. Teoretická část práce vysvětlí pojem sociálně patologické jevy, popíše jednotlivé jejich druhy a nastíní historii tohoto problému. Podrobněji se poté zaměří na problematiku závislostí. Praktická část bude zpracována pomocí kvantitativní metody výzkumu na základní škole ve Slaném. Pomocí dotazníkového šetření se zjistí informovanost žáků druhého stupně základní školy o drogové problematice a dále způsoby pomoci, které by případně využili.

## **Klíčová slova**

Historie, informovanost, pomoc, prevence, řešení problému, sociálně patologický jev, základní škola, závislost

### **Annotation**

The bachelor theses is focused on social pathological phenomena that plague today's society. The theoretical part of the thesis explains the concept of socio-pathological phenomena, describes their various types and outlines the history of this problem. It will the focus in more detail on the issue of addictions. The practical part will be processed using a quantitative research method at the primary school in Slaný. With the help of a questionnaire survey, the awareness of second-grade primary school pupils about drug issues will be ascertained, as well as the ways of help that they might use.

### **Key words**

Addiction, awareness, elementary school, help, history, socio-pathological phenomenon, prevention, problem solving

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
1.1 Závažné sociálně patologické jevy .....	10
1.1.1 Agresivita a násilí.....	11
1.1.2 Suicidální jednání.....	13
1.1.3 Návykové a impulzivní poruchy .....	15
1.1.4 Sociálně patologické jevy spojené s nevhodným působením rodiny .....	16
1.1.5 Kriminalita a delikvence .....	18
<b>2 ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....</b>	<b>20</b>
2.1 Výskyt závislosti.....	21
2.2 Vznik závislosti.....	22
2.3 Vývoj drogové závislosti .....	23
2.3.1 Fáze vývoje vzniku drogové závislosti: .....	23
2.3.2 Účinky jednotlivých typů drog .....	24
<b>3 PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ.....</b>	<b>27</b>
3.1 Primární prevence .....	27
3.2 Možnosti prevence v rámci rodiny .....	27
3.3 Prevence v rámci školy .....	28
<b>4 MOŽNOSTI TERAPIE.....</b>	<b>29</b>
4.1 Protidrogové instituce .....	29
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>5 ÚVOD K VÝZKUMU .....</b>	<b>31</b>
5.1 Cíl výzkumu.....	32
5.2 Hypotézy výzkumu .....	32
5.3 Metoda výzkumu .....	33
5.4 Dotazování výzkumu .....	33
5.5 Výsledky dotazování.....	34
5.6 Vyhodnocení hypotéz .....	47
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>50</b>

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>55</b>



## ÚVOD

Sociálně patologické jevy konkrétně závislosti na psychoaktivních látkách jsou zajisté jedním z mnoha problémů současné společnosti. V dnešní době není ani pro žáky základních škol složité naleznout k těmto látkám cestu. Ať už se jedná o určitou chuť vše vyzkoušet nebo o držení kroku se skupinou, postupem času klesá věková hranice prvního kontaktu s látkou.

Je zapotřebí žákům poskytnout dostatečné informace, seznámit je s názornými příklady následků užívání psychoaktivních látek. Dále je jistě velmi důležité nabídnout žákům, kteří se do problémů naneštěstí dostanou, patřičnou pomoc a podporu. Všechny zmíněné činnosti by mohl na základní škole zajišťovat spolu s metodikem prevence také právě speciální pedagog. Měla by to být osoba, ke které budou mít žáci dostatečnou důvěru a nebudou se bát vyhledat její pomoc. Ne každý žák nalezne dostatečné pochopení v domácím prostředí u svých rodičů.

Cílem bakalářské práce je poukázat na výskyt závislostí již na základních školách. Dále také upozornit na velký problém dnešní doby a tím je velmi dobrá dostupnost psychoaktivních látek.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část práce se zaměří na podrobné vysvětlení tematiky sociálně patologických jevů a seznámí čtenáře s jejich jednotlivými druhy. Konkrétněji se zaměří na problematiku závislostí. Přiblíží druhy látek, na kterých si jedinci mohou vybudovat závislost. A poukáže na možná řešení závislostního chování.

V praktické části bude pomocí dotazníkového šetření zkoumána situace problematiky závislostí na základní škole na Kladensku. Konkrétně bude zkoumána četnost jakýchkoli zkušeností žáků a dále pak jejich informovanost o drogové problematice a prevenci.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE

Název sociální patologie pochází z latinského slova pathos, což znamená v překladu choroba či utrpení. Jsou sem zahrnuty všechny nezdravé, abnormální a nežádoucí společenské jevy. Nejedná se o samostatnou vědní disciplínu. Na studiu sociálně patologických jevů se podílí, jejich analýzou a stanovením příčin vzniku se zabývá sociologie, psychologie, medicína, etopedie a další vědní disciplíny. Sociální patologie může být označována také jako věda, která se zabývá chorobami a nepříznivými skutečnostmi v rámci dané společnosti. Pro společnost i jedince jsou tyto jevy vždy záporné. (Fisher, str. 15, 2006)

Úkolem sociální patologie je hledání příčin patologického jednání jedince či společnosti, řešení celospolečenských sociálních problémů, a především také nalezení východisek a možností řešení. (Vykopalová, 2001, str. 9)

Vedle sociálně patologických jevů je definován také pojem sociální deviace, kterým je označeno chování odchýlené od standardizovaného a institucionalizovaného chování. Toto chování je stanoveno sociálními normami, které platí v dané společnosti. (Vykopalová, 2001, str. 10)

### 1.1 ZÁVAŽNÉ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY

K závažným sociálně patologickým jevům se řadí:

- Agresivita a násilí
- Suicidální jednání
- Návykové a impulzivní poruchy
- Sociálně patologické jevy spojené s prostředím rodiny
- Kriminalita a delikvence
- Zneužívání psychoaktivních látek

### 1.1.1 AGRESIVITA A NÁSILÍ

Teorie J. Dollarda říká, že agresivita je určitou reakcí na frustraci. Agresivita a násilí jsou pozorovatelným chováním, jehož úmyslem je poškodit jiný organismus či předmět. V problematice sociální patologie může být agresivita popisována jako narušení sociálních norem a jako chování, které omezuje práva a narušuje integritu sociálního okolí. (Fisher, 2006, str. 46)

Je důležité rozlišovat různé druhy agresivního chování, což souvisí s aktuálními podněty a potřebami. Z hlediska sociální patologie lze uvést toto rozlišení:

*Zlostná agresivita* – ve většině případů se jedná o projevení nespokojenosti, které nebývá zaměřené na určitý cíl. Jde o impulzivní jednání, které bývá projevem zášti či nenávisti a přináší vnitřní uspokojení.

*Instrumentální agresivita* – cílem tohoto druhu agrese může být ochrana své vlastní osoby či ochrana blízkých. (Fisher, 2006, str. 47)

*Spontánní agresivita* – záměrné způsobování bolesti přináší emocionální uspokojení a uspokojení potřeb, které jsou abnormální a patologické. (Fisher, 2006, str. 48)

Člověka mohou k agresivnímu jednání dovést vrozené či získané příčiny. Vrozené dispozice k agresivitě má v sobě každý člověk. Tyto dispozice jsou v populaci zakořeněné z důvodu potřeby ubránit sebe a své teritorium.

Biologické předpoklady k agresivitě jsou více pozorovatelné u mužů, a to díky hladině testosteronu. Vysoká hladina testosteronu podle výzkumů souvisí s protispolečenským chováním. Vyšší sklon k agresivitě je možné pozorovat v souvislosti s úrazem, onemocněním, dále také u osob, které trpí poruchami psychického vývoje a hyperkinetickými poruchami, a u osob s poškozením kůry čelních laloků. (Fisher, 2006, str. 50)

Sklony k agresivnímu jednání se rozvíjí také vlivem sociálních faktorů. Významný vliv v tomto případě hraje působení rodiny a jiných sociálních skupin (vrstevníci, sportovní kluby, armáda aj.), dále vliv společnosti a jejího systému (médiá, politika, ideologie). Každý člověk si vytváří vzorce chování, které slouží jako odpověď na změny prostředí. (Fisher, 2006, str. 51)

Projevy agrese mohou být odpovědí na jistý psychosociální vývoj, na aktuální situaci či konstelaci osobnostních dispozic a kognitivních strategií. Agresivní chování se může projevit u jednotlivce, ale také u společenských skupin. (Fisher, 2006, str. 53)

Podle Vágnerové mohou mít projevy agrese epizodický charakter či jde o trvalou pohotovost k agresivnímu chování, která závisí na typu osobnosti. Často je agresivita spojována s disociálními poruchami osobnosti, které jsou někdy kombinované se závislostmi na psychoaktivních látkách. Velice důležité je odlišit, zda se jedná o agresi plánovanou, která je někdy označována jako racionální a není spojována s emočním laděním, či o agresi impulzivní, ke které dochází navozením negativních emocí. (Vágnerová, 2014, str. 710)

Při agresivním chování ve skupině ztrácí jedinec snáze kontrolu nad svým chováním, získává pocit větší moci a nemusí se spoléhat pouze sám na sebe. Pokračuje v agresi v rámci skupiny, i když s cíli či prostředky úplně nesouhlasí. Jedinec má pocit, že jsou následky a závažnost celého činu menší vzhledem k tomu, že ho spáchala celá skupina. Každého jednotlivce chrání anonymizace, což znamená že není v celé skupině rozlišitelný. Dosahuje poté určitého posunu, který je nazýván deindividuace, což znamená, že přestává mít potřebu regulace svého vlastního chování. Skupinová agrese vůči nepříteli je často chápána jako nutná či dokonce hodná ocenění. (Vágnerová, 2014, str. 711)

Terapie nadměrné agresivity je obtížná a často méně efektivní. Pomocí sociálního působení prostřednictvím různých institucí či společenských skupin může dojít k ovlivnění názorů na agresi. Tím pádem dojde ke stanovení určité míry tolerance k agresivnímu chování.

Jako část psychiatrické léčby se používá farmakologická léčba. Často stačí dosáhnout určitého vyléčení základního onemocnění, čímž dojde také ke zmírnění agrese.

Během psychoterapie může dojít k pochopení příčin agresivního chování a získání určitého náhledu na něj. Klient by se měl naučit ovládat své emoce, kontrolovat agresi a reakce tlumit.

Socioterapie se během terapie agresivity zaměřuje na nácvik způsobů chování, řešení problémů a také se snaží upravit prostředí, v němž se jedinec vyskytuje. (Vágnerová, 2014, str. 714)

### 1.1.2 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ

Hillman nazývá sebevraždu ustáleným sociologickým fenoménem, nezávislým faktorem s nepodstatnými rozdíly v rozložení na jednotlivá léta, skupiny a oblasti. V některých kulturách je považována za sociálně přijatelnou, v jiných je to přesně naopak. Stejně tak motivy k sebevraždě mohou být zcela odlišné. Někdo má za cíl uniknout od něčeho nežádaného ve svém životě, záměrem dalšího jedince může být naopak získání něčeho žádaného. (Vágnerová, 2014, str. 443)

V souvislosti s pojmem suicidální jednání můžeme rozlišit dvě formy. Jednou z nich je sebevražda. Tento pojem označuje násilné jednání, které je spojeno s úmyslem dobrovolně ukončit vlastní život. Druhým pojmem je sebezabití, čímž je označováno zničení vlastního života bez vědomého úmyslu zemřít. Jedinec není v danou chvíli schopný vyhodnotit následky svého jednání, může jednat v afektu a zabít se ve skutečnosti nechce. Toto jednání může být důsledkem chorobných psychických projevů, bludů a halucinací. Sebezabití může být také vynucené. Tak se tomu může stát v případě partnerských nebo také hromadných sebevražd, které se mohou dít např. v rámci náboženské sekty. V antickém Řecku byl tímto způsobem trest smrti běžně vykonáván, např. Sokrates byl donucen vypít číši odvaru z jedné z nejjedovatějších rostlin Evropy. (Vágnerová, 2014, str. 445)

Podle průzkumů je jsou sebevražedné pokusy osmkrát častější než vykonání dokonané sebevraždy. Přibližně 25 % lidí pokus o sebevraždu zopakuje 10-20 % osob při opakovaných pokusech nakonec zemře. Sebevražda je velmi častou příčinou smrti u dospívajících a u mladých dospělých tvoří 10 % úmrtí. Přes 70 % dokonaných sebevražd se připisuje dospělým nad 40 let, na druhou stranu cca 60 % pokusů o sebevraždu představují lidé mladší 40 let. Poměr dokonaných sebevražd muži : ženy je přibližně 3 : 1. Co se týče pokusů o sebevraždu, ty jsou u žen naopak třikrát častější než u mužů.

Jedinec může svou sebevraždou chtít využít jako manipulační prostředek např. k potrestání jiných lidí, k pomstě atd. Může tak konat vědomě, ale také nevědomě. Sebevražda jako cíl je další možností, které využívají lidé jako úniku před traumatizující situací či se jedná o snahu něčeho dosáhnout. (Vágnerová, str. 446-447, 2014)

Příčiny sebevražd jsou různé a závisí na vrozených dispozicích a zátěžích či nezvládnutých aktuálních podnětech, které jsou často spouštěči. Dědičné dispozice se projevují přehnanou a velmi impulzivní reakcí na stresující události a následnou neschopností tyto impulzivní reakce kontrolovat.

Další dědičné dispozice k sebevražednému jednání se mohou projevovat duševními nemocemi a na celkovém počtu dokonaných sebevražd se podílejí přibližně jednou třetinou. Z 10-15 % se na riziku sebevraždy podílí část obyvatel trpících depresemi. Jejich jednoznačným cílem je zbavení se psychického utrpení. Další skupinu ohrožených tvoří lidé trpící úzkostnou poruchou, z nich se o sebevraždu pokusí také 10-15 %. Rizikovou skupinou jsou dále lidé trpící schizofrenií, z nichž se na začátku projevení onemocnění pokusí o sebevraždu 6-10 % a 10 % pacientů poté sebevraždu spáchá v období relapsu.

Lidé trpící poruchou osobnosti mají větší sklony k podlehnutí alkoholové a drogové závislosti. Tyto závislosti jsou velmi rizikovým faktorem, pokud se hovoří o pokusech o sebevraždu. U těchto pacientů se sčítají také další vzniklé problémy, jako je ztráta zaměstnání, partnerské a finanční problémy. O sebevraždu se pokusí 15-25 % závislých na alkoholu či na drogách. (Vágnerová, str. 448-449, 2014)

Pro pomoc a prevenci sebevražedného jednání jsou důležité linky důvěry a centra krizové intervence. Je důležité zjistit, že často u lidí nejedná o snahu zemřít, ale naopak potřeba naděje na řešení zdánlivě neovládnutelných situací a problémů. Úkolem diagnostiky pacientů je zjistit, jakým způsobem je o sebevraždě mluveno. Člověk hovořící o sebevraždě potřebuje vědět, že existuje řešení jeho problémů. Při podpoře jedince, který uvažuje o sebevraždě, je důležité ukázat ochotu při naslouchání, identifikovat jeho problém a nabídnout mu přijatelné možnosti řešení. (Vágnerová, 2014, str. 461)

### **1.1.3 NÁVYKOVÉ A IMPULZIVNÍ PORUCHY**

Do této kategorie se mohou zařadit poruchy: patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie, trichotillomanie, workoholismus a další návykové a impulzivní poruchy. Poruchy mají podobné příznaky jako závislosti na psychoaktivních látkách, co se jedná o závislosti na jiné podněty. Postižený nedokáže odolat pokušení, i když si je vědom, že se jedná o společensky nežádoucí jednání. Toto jednání může být vysoce nebezpečné pro dotyčného jedince i jeho okolí. Jedinec si uvědomuje napětí, neklid a pocit tlaku před provedením činu. Toto napětí se eliminuje realizací zmíněného činu. Toto konání poskytuje pocit vzrušení, uvolnění a během realizace přichází také uspokojení. Občas může na postiženého dolehnout po realizaci pocit viny. (Fisher, 2009, str. 126-127)

V současnosti je nejčastější problémem patologické hráčství neboli gambling, který je čtenější u mužů mladší věkové kategorie. U mužů častěji vzniká také workoholismus, na rozdíl od oniomanie (nutková potřeba nakupování) je častější u žen. Vzácnější poruchy jsou kleptomanie a také pyromanie. Příčiny vzniku poruch jsou kombinované, vysoký vliv mají genetické dispozice, ale také vnější vlivy. Častým spouštěčem může být určitá stresová situace. (Vágnerová, 2014, str. 528)

Sklony k určitému reagování na stresové situace mohou být ovlivněny psychologickými faktory, jako jsou např. následky citové deprivace v dětství, odmítání okolím, izolace, nevědomá nenávist vůči rodičům spojená s nespokojováním potřeb a další. Mezi biologické faktory ovlivňující vznik a rozvoj návykových a impulzivních poruch se řadí raná poškození CNS, abnormality v nálezech EEG, impulzivita, vrozené rysy temperamentu, zvýšená závislost na odměně a další. K sociálním faktorům patří

naučené nežádoucí vzorce chování z rodiny, nežádoucí hodnotové preference, vliv vrstevníků aj. (Fisher, 2009, str. 127-128)

Velmi často nejsou tyto poruchy brány jako nemoc. Pokud se jedná o kleptomanií či zakládání požárů, je to považováno za delikvenci. Workoholismus bývá často hodnocen okolím kladně a patologické hráčství bývá považováno za následek užívání alkoholu. Léčba velmi často přijde na řadu až ve chvíli, kdy si samotný postižený začne stěžovat na toto své chování, které hodnotí jako problémové. (Fisher, 2009, str. 136)

Na snížení potřeby jednat daným způsobem se postiženému nasazuje farmakologická léčba. Aby pacient docílil náhledu na vzniklou situaci, porozuměl tak sám sobě, přijde na řadu léčebný postup v podobě psychoterapie. Za cíl je pokládána změna životního stylu použitím kognitivní a behaviorální terapie či skupinové psychoterapie. Vzniklá závislost často naruší vztahy v rodině. Je proto během terapie pracovat také s rodinou postiženého, což vede k nalezení smyslu života. (Vágnerová, 2014, str. 535)

#### **1.1.4 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY SPOJENÉ S NEVHODNÝM PŮSOBENÍM RODINY**

Rodina má za úkol poskytovat všem svým členům uspokojení potřeb a získání základních sociálních zkušeností. Rodina dítěti umožňuje rozvoj poznávacích procesů, buduje se základ sebepojetí dítěte. V případě, že rodina nefunguje správně, dochází k zanedbávání či k osvojení způsobů chování, které jsou v rozporu s chováním, které společnost považuje za žádoucí.

Dítě by mělo vyrůstat v rodině, která mu poskytuje jistotu a bezpečí. Je to pro dítě důležité i jako model pro další mezilidské vztahy. Pokud není dítě citově přijato, zvyšuje se jeho nejistota. Nepozná, že svět je bezpečný, že je přijímáno. Důsledkem toho je, že samo očekává, že bude odmítán každým, s kým se setká. V dítěti se vytvoří pocit nejistoty, který se může být kompenzován v některých případech až agresí.



Úkolem rodiny je poskytnout dítěti dostatečnou podporu při realizaci očekávání, která jsou na něj kladena. Pokud cítí dítě důvěru a povzbuzení, rozvíjí se tak jeho sebedůvěra. V opačném případě je deformována. (Vágnerová, 2014, str. 538)

Zkušenosti získané v původní rodině se přenášejí do rodiny, kterou člověk v dospělosti sám vytvoří. Dochází buď k opakování toho, co dělali jeho rodiče, či se snaží o pravý opak. Základem obou možností je ovšem vždy zkušenost z dětství. Jako partner a rodič se jedinec naučí řešit nové situace. V manželském spojení by měla panovat jistota a bezpečí. Není tomu ale vždy tak. Každý může být jinak zralý, mít jiné zkušenosti či nesdílejí stejné hodnoty. Případné napětí či ohrožení jejich vztahu ovlivní také zvládnutí rodičovské role. Pokud jedinec svou rodičovskou roli úspěšně zvládne, má to pozitivní vliv na posílení jeho sebevědomí. Jestliže ovšem není s dítětem spokojen nebo se dítě narodilo v nevhodnou dobu, může se to stát komplikací a rodičovská role tím pádem nemá žádoucí hodnotu.

Lidé se rozcházejí v názorech na uspokojivé zvládnutí rodičovství. Mezi vlastnosti, které zvyšují riziko špatného zacházení s dítětem, patří nedostatečné sociální porozumění, omezená schopnost empatie, problémy v sebehodnocení, nízká sebeúcta a problematický vztah k rodičovské roli. K těmto vlastnostem se může často přidat sklon k rizikovému chování projevující se nedostatečnou sebekontrolou, impulzivitou a potřebou ventilovat negativní emoce. Takovýmto způsobem se velmi často chovají lidé, se kterými nebylo v dětství zacházeno přiměřeným způsobem. (Vágnerová, 2014, str. 538-539)

Následkem nenáhodného a nepřijatelného jednání rodičů vznikne tělesné či duševní poškození nebo narušení vývoje dítěte, což je nazýváno jako syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN). Může vzniknout aktivním ubližováním, zanedbáváním potřeb dítěte, což nejčastěji páchají rodiče či jiní členové rodiny. Jde zde o bezohledné chování, využívání dítěte, zneužívání fyzické síly, nadřazenosti a moci nad podřízeným a závislým dítětem. (Vágnerová, 2014, str. 539)

V případě týrání jde o bezohledné zacházení či úmyslné ubližování, a to jak tělesné, tak psychické. Jde o patologickou změnu aktivity rodiče. Tyranem většinou bývá jedinec, který se nedokáže dostatečně ovládat, je výbušný a má sklony k agresivním reakcím, může jít ale také o člověka, co je citově chladný a bezohledný. Velmi často byly tyto osoby samy v dětství týrány. K dítěti mají nerealistická očekávání, hodnotí ho negativně.

Nejčastěji je tyranem muž, ať už je to vlastní či nevlastní otec dítěte. Matka bývá v tomto případě pasivním účastníkem, která týrání dítěte toleruje či je sama obětí týrání. Oběťmi jsou často děti, které jsou svými rodiči moc zatěžovány. Může jít o děti trpící hyperaktivitou či mají sklon k afektivním výbuchům. Další ohroženou skupinou jsou děti, které provokativně vymáhají uspokojení potřeb, a děti trpící např. autismem či mentálním postižením. (Vágnerová, 2014, str. 540)

### **1.1.5 KRIMINALITA A DELIKVENCE**

Delikvence je chápána jako zvláště závažné nepřijatelné chování a delikventem je ten, který se tohoto chování dopouští. Delikvence spočívá v porušování norem daného státu, které je následně postihováno. (Fischer, 2014, str. 255)

Za vznikem kriminálního jednání stojí biologické, psychické a sociální faktory.

Nejhlavnějším biologickým faktorem je pohlaví, mnohem častěji páchají kriminální činnost muži než ženy. Důvodem může být přítomnost mužského pohlavního hormonu testosteronu, který má vliv na jejich agresivitu. Dalším faktorem je věk. Mnohem častěji se dopouštějí delikventního chování mladí lidé do věku 26-30 let. (Fischer, str. 256, 2014)

Dalšími biologickými faktory, které zvyšují pravděpodobnost kriminálního chování, jsou neurofyziologicky podmíněné dispozice. Lidé jsou zvýšeně dráždiví. Mají geneticky danou vyšší míru impulzivity a nižší míru frustrační tolerance. Delikventní chování se může projevit u osob s poškozenou centrální nervovou soustavou, s poruchou chování související s minimální mozkovou dysfunkcí, u osob trpící syndromem hyperaktivity. (Fischer, 2014, str. 257)

Delikventní chování lze pozorovat u lidí všech inteligenčních stupňů. Delikventi často trpí poruchou osobnosti, a to převážně disociální poruchou osobnosti, dále také emočně nestabilní poruchou osobnosti, a ještě méně časté jsou poruchy sexuální preference. Dalším psychickým faktorem je temperament, kdy je nejvyšší pravděpodobnost delikventního chování u cholera, který má sklony k agresi, hněvu a velmi často reaguje nerozvážně a bez zábran. (Fischer, 2014, str. 258)

Nejvýznamnějším sociálním faktorem, který má vliv na vznik delikventního chování, je určitě rodina. V první řadě se jedná o rodiny, kdy se rodiče sami dopouštěli trestné činnosti apod. Na rozvoj dítěte má velmi negativní dopad selhávání rodiny (dysfunkčnost). Delikventy se proto často stávají jedinci, kteří nepoznali naplnění psychické funkce rodiny a problémem u nich je psychická deprivace. V neposlední řadě může být problémem také následek syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. (Fischer, 2014, str. 258-259)

Při terapii s delikventními jedinci se často osvědčují alternativní formy práce. Nejznámější z nich je probace a mediace. Probací se rozumí uplatňování sankcí nespojených s odnětím svobody, které spočívají v povinnosti jedince být v kontaktu s probačním úředníkem. Probační dohled je brán jako pomoc a kontrola, uděluje se při podmíněném upuštění od potrestání s dohledem, podmíněném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem a podmíněném odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem. V případě mediace se jedná o ucelený proces mimosoudní formy řešení sporů, při kterém dochází k dohodě mezi pachatelem a poškozeným. (Fischer, 2014, str. 274)

## 2 ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Psychoaktivní látky jsou takové, které mění psychický stav jedince. Následkem jejich užívání bývá:

- Akutní intoxikace, při které dochází k dočasné změně fyziologických i psychických funkcí. Může se projevovat ztrátou vědomí či pocitu pronásledování.
- Problémové užívání, které může vést k psychickým, somatickým a sociálním problémům, jako jsou např. výkyvy emočního ladění, poruchy paměti, ...
- Závislost vzniklá opakovaným užíváním psychoaktivní látky. Toto onemocnění postupně naruší tělesné i psychické funkce a špatně působí také v sociální oblasti života.

Závislost představuje soubor psychických a somatických změn, které se projevují po dlouhodobém užívání psychoaktivních látek. Po dobu 12 měsíců se projevují tyto příznaky:

- Potřeba získat látku, která se projeví intenzivním bažením, které se nazývá craving.
- Jedinec není schopen sebeovládání ve vztahu k psychoaktivní látce a jejímu užívání.
- Potřeba stále většího množství či častější užívání.
- Abstinenční syndrom různé intenzity, což je reakce na sníženou dávku či na abstinenci.
- Dominantní potřeba psychoaktivní látky vedoucí k potlačení jiných zájmů a potřeb.
- I přes vědomí, že je užívání látky škodlivé, zůstává potřeba její konzumace. Jedinec si uvědomuje tento svůj problém, ale i přes to nedokáže přestat či užívání omezit. (Vágnerová, 2014, str. 496)

Somatická závislost je stav adaptace biologických funkcí organismu na látku. Někdy je tento stav doprovázený zvyšující spotřebou k dosažení stejného cíle. Odpovědí na nedostatek podávané látky je abstinenční syndrom, který se může projevat vegetativními potíži (pocení, třes).

Psychická závislost představuje nepřekonatelnou touhu vzít si drogu. Jedinec ji potřebuje užívat opakovaně a je přesvědčen, že pokud tak neučiní, nebude se cítit dobře. Člověk i z představy neužití látky cítí úzkost a podrážděnost. Sám není schopen nápravy, k dosažení změny je zapotřebí odborné pomoci. (Vágnerová, 2014, str. 497)

*Tři kategorie psychoaktivních látek z pohledu legality:*

1. **Medikamenty** – jedná se o součásti léků na tlumení bolesti, navozování spánku či bdělosti, zmírnění úzkosti atd.
2. **Látky jejichž užívání je protizákonné** – opiáty, hašiš, halucinogeny, kokain, hypnotika a sedativa.
3. **Legální užívání látek** – jedná se o látky, které člověk užívá za určitým účelem, jako je zahřátí, uhašení žízně či pro jeho symbolický význam. I takto využívané látky mají ale vliv na psychiku člověka. Do této kategorie je možné zařadit i kofein, který je obsažen v kávě, energydrincích, další látkou je nikotin a také veškeré alkoholické nápoje. (Fischer, 2009, str. 89-90)

## **2.1 VÝSKYT ZÁVISLOSTÍ**

V České republice je vyšší procento závislých na alkoholu než drogově závislých. Alkoholismus se vyskytuje častěji u mužů než u žen a to přibližně v poměru 4 : 1. Co se týče abstinování po protialkoholní léčbě, abstinujících žen je průměrně 50 %, oproti tomu mužů je pouze 30 %. Nejvíce alkoholiků je ve věku 45-54 let.

Co se týče závislosti na drogách, ta se objevuje nejčastěji u mladých lidí ve věku 15-35 let. V České republice je nejčastější psychoaktivní látkou marihuana. (Vágnerová, 2014, str. 497)

Zkušenosti s marihuanou má až 30 % mladistvých, s tvrdou drogou pouze 3 %. 76 % mladistvých má ve svém okolí někoho, kdo užívá měkké drogy, a 31 % zná někoho, kdo užívá tvrdé drogy. Mezi uživateli drog je mnohem více těch, co experimentují než problémových uživatelů. Procento těch, co jsou na drogách závislí, se pohybuje kolem 1 % z populace mladých lidí. Mezi těmi je 68 % mužů a 32 % žen. Účinnost léčby problémových uživatelů se pohybuje mezi 20-40 %. (Vágnerová, 2014, str. 498)

## **2.2 VZNIK ZÁVISLOSTI**

Na vzniku závislosti se podílejí psychické a somatické vlastnosti jedince a vlivy vnějšího prostředí. Užívání tvrdých drog vyvolá závislost téměř u všech jedinců. Genetické sklony ovlivňují snášenlivost a ochotu zkusit látku. Zpracováním psychoaktivní látky v organismu vzniká základ závislosti. Užití látky poskytuje jedinci výhodu, což může být zbavení úzkosti či zlepšení sebevědomí. Tím vzniká pozitivní zpětná vazba. V důsledku užívání drogy dochází ke změnám ve fungování některých oblastí mozku. (Vágnerová, 2014, str. 499)

První zkušenosti s psychoaktivní látkou mohou vycházet z individuálních potřeb či mohou být důsledkem sociálního nátlaku. Často tím chce jedinec vyřešit své problémy, vyhnout se frustracím či naopak dosáhnout uspokojení, kterých by za normálních okolností nedosáhl.

Nejčastěji k užívání psychoaktivních látek směřují lidé se zvýšenou emoční labilitou, nejsou si jistí a nezvládají své problémy. Hledají úlevu od úzkosti a deprese. Uživatelé drog mohou toužit po větším vzrušení, které jim jejich běžný život neposkytuje. Problémy řeší prostřednictvím psychoaktivních látek ti lidé, kteří nezvládají naplnit svá přehnaná očekávání. K užívání se dále uchylují lidé se sníženou sebekontrolou, s impulzivním reagováním. Často mají větší sklon k rizikovým aktivitám nezralí dospívající.

Dostupnost k psychoaktivním látkám zvyšuje riziko jejich užívání. Dalším rizikem je dysfunkční rodinné zázemí či nápodoba jiného člena rodiny. Velký vliv má na jedince často i parta, ve které se pohybuje a kde je užívání drog běžné. (Vágnerová, 2014, str. 501)

## **2.3 VÝVOJ DROGOVÉ ZÁVISLOSTI**

Nejrizikovějším obdobím života pro vznik závislosti je období adolescence. Mladí lidé mají tendence experimentovat, postrádají zkušenosti a láká je zakázané. Častým jevem je odmítání životního stylu dospělých. Následkem procesu vytváření vlastní identity mohou být dospívající často nejistí s nedostatkem sebevědomí. Po užití drogy se to ale mění, dosahují euforie, sebejistoty a pocitu, že vše zvládnou. Droga má fyziologické a psychické účinky a vedou uživatele k dalšímu užití. Postupně organismus začne drogu tolerovat a je zapotřebí podávat větší a větší dávky, čímž vzniká závislost. (Vágnerová, 2014, str. 509)

### **2.3.1 FÁZE VÝVOJE VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI:**

1. Experimentování – k občasnému užívání často vede nuda, zvědavost a nutkání zkusit něco zakazovaného. Roli zde také hrají osoby, které má adolescent za vzory a kteří drogy užívají. Ve většině případů přijde do prvního kontaktu s látkou v přítomnosti vrstevníků, kteří mu ji nabídnou. V této fázi přichází pocit uvolnění od potíží, přináší uživateli pocit štěstí, a naopak úzkost a strach vymizí.
2. Pravidelné užívání – jedinec v této fázi svému okolí nepopírá, že drogu užívá, je ale přesvědčen o tom, že vše zvládá a má pod kontrolou. S příchodem závislosti dochází k úbytku zájmových činností.
3. Návykové užívání – s rostoucí závislostí se člověku mění hodnoty a začíná být lhostejný ke svému okolí a ke všemu, co nemá s drogou nic společného. Často může dojít k narušení rodinných vztahů, vztahů s přáteli. Droga už nepřináší pocity štěstí, ale závislý se bez ní nedokáže obejít.

4. Terminální fáze – většinou dojde k naprostému úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Narkoman již udržuje pouze ty kontakty, které souvisí s drogou. Je nespolehlivý a zajímá ho pouze získání své dávky, kterou je ochotný získat téměř jakýmkoli způsobem. Narkomani poté často kradou, podvádějí či prostituují. (Vágnerová, 2014, str. 511)

### 2.3.2 ÚČINKY JEDNOTLIVÝCH TYPŮ DROG

V České republice jsou nejvíce užívanými drogami marihuana, pervitin a kokain. Nejčastěji se ze závislosti léčí narkomani, kteří jsou závislí na pervitinu a heroinu. Žebříček drog dle oblíbenosti se mění a to podle řady okolností. (Hajný, 2001, str. 17)

#### **Marihuana a hašiš**

Konopné drogy pocházejí ze střední Asie, konopí bylo dovezeno Číňany do Indie v 8. století. Jedná se o nenáročnou rostlinu, která se postupně rozšířila po celém světě. (Göhlert a Kühn, 2001, str. 51)

To jsou přírodní látky, které původně pocházejí z indického konopí. Marihuana, která je využívána v naší zemi, je zde většinou také vypěstována. Představuje usušené květenství rostlin, na rozdíl od toho pod pojmem hašiš se skrývá pryskyřice z rostliny. Uživatelé od užití marihuany čekají příchod euforie, citlivost na podněty jako je zvuk, hudba, barvy a smích často neznámé příčině. Po užití se dostavuje změněná koordinace pohybů, zrychlení či naopak zpomalení myšlení a namísto euforie se mohou dostavit pocity deprese či zmatku. (Hajný, 2001, str. 18)

Užití hašiš může přivodit tyto obtíže: zvýšená srdeční frekvence a krevní tlak, rozšíření zornic, třes rukou, nejistá chůze, zvýšená chuť k jídlu, bolesti hlavy, aj. (Göhlert a Kühn, 2001, str. 53)



Marihuana i hašiš se užívá převážně kouřením. Konkrétně marihuana je velmi často diskutovanou drogou v českých domácnostech. Pravidelným užíváním je snížena a ohrožena celková kvalita života.

Užíváním marihuany se zvyšuje riziko vzniku skrytých vad, jako je např. schizofrenie. Snižuje pozornost, způsobuje ztrátu ostatních zájmů a zvyšuje pravděpodobnost užívání i dalších drog. (Hajný, 2001, str. 19)

### **Pervitin**

Pervitin je chemickým přípravkem, který má povzbuzující účinek. Uživateli poskytuje pocity sebevědomí, euforie a pocity zvládnutí a překonání bolesti a únavy. Droga se dá šňupat, kouřit či podávat nitrožilně. Účinek přetrvává několik hodin. Pokud narkoman drogu vysadí, objeví se především psychické příznaky abstinence. Při nitrožilním užívání hrozí riziko nákazy žloutenkou či HIV. (Hajný, 2001, str. 19)

### **Halucinogeny**

Užívání drog z této skupiny může způsobit halucinace či fantazie. Nejlépe odvádějí pozornost od reálného života a mění vnímání okolního světa a prožitků. Účinky těchto drog mají dlouhé působení. Nejčastěji se užívají ve formě papírků, krystalků či tablet. Kombinace s další látkou mohou zvyšovat rizika užívání. Může se projevit narušené vnímání, což často způsobí, že se člověk stane obětí nehody či sám sebe nebo ostatní ohrozí. Pravidelné užívání přispívá k rozvoji skryté duševní poruchy, prožitky mohou mladého člověka vystavit děsivým halucinacím a zážitkům. Užívání halucinogenů může mít trvalé následky v podobě deprese či úzkosti.

## **Těkavé látky**

Do této skupiny drog se řadí ředidla, lepidla a jiné těkavé látky, které byly užívané především v osmdesátých letech, ale i v současnosti je o problému s nimi často slyšet. Těkavé látky jsou snadno dostupné v obchodech, jsou to např. toluen, benzin, ... Tyto drogy se čichají a vdechují se z igelitového pytlíku či přímo z lahve.

Závislost na těkavých látkách představuje velké riziko v oblasti zdraví. Časté a pravidelné užívání způsobuje narušení sliznice a dýchacích cest, může dojít k poškození mozku, srdce a k porušení jaterní činnosti. Velmi snadno může dojít k předávkování, které má za následek ztrátu vědomí či smrt. (Hajný, 2001, str. 20-21)

## **Kokain**

Jedná se o drogu, která se získává z listů koky, který pochází z And. Listy koky v jisté formě používali již jihoameričtí indiáni 3000 let před Kristem, sloužil jim ke zvýšení výkonu, tišil hlad a žízeň. V roce 1835 vyrobil kokain lékárník F. Gaedcke. Kokain se užíval jako první lokální anestetikum, což bylo důležitou revolucí v lékařství.

Kokain se v dnešní době šnupe či vtírá do dásní. Přidáním prášku do pečiva a alkoholu vznikne crack, který se kouří a velmi rychle se dostane do mozku. Kokain uživatele zbavuje úzkosti a zvýší jeho schopnost navazovat nové kontakty. U člověka se projevuje zvýšený pocit sebehodnocení a vysoká míra sexuality. Někdy se mohou projevit i sluchové halucinace.

Během odvykacího stavu se dostavuje značná únava, rychlé střídání apatie s podrážděností a neklidem a deprese s nebezpečím sebevraždy.

Mezi první varovná znamení, podle kterých poznáme, zda dítě užívá kokain, může patřit neobvykle vysoká aktivita, rozšířené zornice a přemrštěné kolísání nálad. Při delším užívání můžeme pozorovat velký úbytek váhy a u dívek vynechání menstruace. Po dlouhodobém užívání kokainu přichází změna osobnosti a velmi silné kolísání nálad, které může být doprovázené agresivitou. (Göhlert a Kühn, 2001, str. 65-68)

## **3 PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ**

### **3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE**

Velice důležitá je primární prevence, která má za cíl předejít problémům, případně snížit jejich dopad. Cílem této prevence je děti připravit na to, že je přiměřeně svému věku schopné činit samostatná rozhodnutí, řešit problémy či nalézt pomoc potřebnou k jejich řešení. Důležité je, aby všechny složky spolupracovaly, jedná se o rodinu, školu, zdravotnická zařízení, poradenské instituce, duchovní sdružení apod. Škola a školské zařízení spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou, se střediskem výchovné péče a informačním a poradenským střediskem úřadu práce.

Specifická primární prevence je soubor aktivit a služeb, které jsou zaměřeny na práci s populací a jejichž cílem je zamezit negativnímu vývoji, který by nastal v případě absence těchto aktivit. Jedná se o programy, které jsou zaměřeny na cílové skupiny a jejich cílem je předejít vzniku a rozvoji sociálně patologických jevů.

Pokud je řeč o prevenci sociálně patologických jevů u mládeže, jsou do ní zahrnuty především programy a aktivity v oblasti násilí, šikanování, záškoláctví, kriminality, delikvence, xenofobie, rasismu, užívání návykových látek, patologického hráčství a dalších. (Pešatová, 2007, str. 90-92)

### **3.2 MOŽNOSTI PREVENCE V RÁMCI RODINY**

Důležité je dítě včas o hrozbě drog poučit. Působení na dítě mít stoprocentní účinek, pokud rodič sám nepřizná vlastní problém s konzumováním. Mladistvým je třeba pomoci s budováním sebedůvěry. K tomu pomáhá budování zájmů s cílem poznání svých možností a jejich rozšíření. Je třeba dítě povzbuzovat v rozvíjení aktivit jako je např. sport. Důležité je, aby dítě při vykonávání zájmové činnosti zažívalo radost a příjemný pocit ze života a uvolnění. Uspokojivé mohou být činnosti představující určitou výzvu a vyžadující plnou koncentraci. Člověk díky tomu získá vědomí, že může rozšiřovat meze svých vlastních schopností. Důležité je nechat dítě, aby samo rozhodlo, jaké aktivitě se bude věnovat.

Důležité je, aby se rodiče poskytli dětem možnosti vyzkoušet se bez jejich pomoci své schopnosti. Získají tím důvěru samy v sebe. Zbytečně přehnaná péče a rozmazlování nechávají dítě v domněnku, že je o něj pečováno. Zůstává pak na rodičích závislé a je tímto přístupem blokován jeho vývoj.

Dospívající hledají vždy uznání u svého okolí. Nesmí to být ale vázáno na úspěchy či neúspěchy ve škole. I přes problémy s učením by měl být mladý člověk doma milován a měl by se tam cítit v bezpečí. Pokud to tak není, roste možnost, že bude hledat uznání jinde, bude se škole vyhýbat. Tím bude před svými kamarády hrdinou. Tato situace může snadno vést k začátku konzumace drog. (Göhlert a Kühn, 2001, str. 95-101)

### **3.3 PREVENCE V RÁMCI ŠKOLY**

Aby byl preventivní protidrogový program úspěšný, musí splňovat několik důležitých podmínek. Měl by být dlouhodobý, což znamená, že se ho měli žáci zúčastňovat opakovaně. Zaměřovat by se program měl na všechny aspekty drogové problematiky. Zahrnutý by měly být informace o účincích drog, zdravotních rizicích, příčinách užívání, rozvoji schopnosti sebehodnocení, o komunikačních dovednostech při řešení problémů apod.

Správný preventivní program by měl dokázat zapojit do dění studenty a docílit toho, aby se také stali tvůrci aktivit. Ani rodiče by neměli být vynecháni, ti by měli být o programu informováni, měli by mu rozumět a mohou do něj vložit i svůj díl. Program se může propojit se samotným vyučováním, se sportovními aktivitami. Vedený by měl být lektory, kteří mají požadovanou kvalifikaci. (Hajný, 2001, str. 96-97)

## **4 MOŽNOSTI TERAPIE**

Největším počátečním problémem je, že si někteří narkomané nepřipouští, že jsou nemocní, a tak to je především v prvních letech závislosti. V České republice mohou lidé využít mnoho nabídek pomoci, mezi ně patří drogové poradny, psychoterapeutická pomoc, stacionární odvykací léčebny či dlouhodobé drogové terapie. Terapie ve většině případů trvá více než jeden rok. (Göhlert a Kühn, 2001, str.104)

### **4.1 PROTIDROGOVÉ INSTITUCE**

#### **K Centrum**

Jedná se o nízkoprahové zařízení, které bývá v každém větším městě. Centrum se zaměřuje na podávání informací, výměnu použitých stříkaček. Dále poskytuje základní zdravotnický servis a testy. Rodiče se zde mohou dozvědět veškeré možnosti léčby. Ještě před tím, než nastoupí dítě na léčbu, potřebuje docházet na sezení motivační skupiny.

#### **Psychiatrická léčebna – odd. léčby závislostí**

Léčebné výhrady na 3měsíční léčebný program hradí pojišťovna. Do léčebny nastupují ti jedinci, kteří již vyčerpali možnosti ambulantního docházení do center. Jde o léčbu doporučenou odborníkem.

#### **Terapeutická komunita**

Nabízí možnost pobytu na dobu 6-18 měsíců převážně lidem starším 18-ti let. Jedná se o léčbu rozvinuté závislosti, které často předchází střídání doby užívání s neúspěšnými léčbami.

## **Střediska pro mládež**

V České republice se nachází pouze 4 tato zařízení. Poskytují pobyt na dva až čtyři měsíce dospívajícím ve věku 14–20 let. Nabízí možnost komunikace se školou, zajištění individuálních studijních plánů. Tato zařízení jsou určena pro ty, kteří začínají mít problémy s užíváním drog. Nejčastěji se jedná o problémy s pervitinem a heroinem.

**AT oddělení** – pomoc závislým převážně na alkoholu. Oddělení je zaměřeno spíše na léčbu alkoholismu u dospělých.

**Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace** – pomoc prostřednictvím psychoterapie a poradenství. Jedná se hlavně o případy, kdy se lidé nacházejí v prvotní fázi či v období doléčování.

**Terénní programy, streetwork** – zaměřeno na klienty, kteří se vyskytují v problémových oblastech a pravidelně drogy užívají. Pracovníci jim předávají informace o možné léčebné pomoci, dále nabízí nové stříkačky, kondomy či dezinfekci.

**Doléčovací centra, centra následné péče** – jedná se o psychoterapie, poradenství klientům, kteří prošli léčbou.

**Protidrogový koordinátor** – podává informace o nabídce služeb v okrese, zná protidrogovou prevenci. Je službou rodičům či občanům, kteří shání potřebné informace nebo chtějí nějak aktivně pomoci.

**Krizové centrum** – nabídka poradenství rodičům či akutní poradenství závislým.

**Linka důvěry** – bezplatná linka, která může posloužit jako možnost úlevy rodičům či závislým. Podává jim také velmi důležité informace o léčbě a jejích možnostech.

**Soukromá psychoterapeutická praxe** – placená ambulantní služba, která pomáhá řešit problémy s drogami v počáteční fázi. Či naopak může sloužit jako následná péče po absolvování pobytové léčby.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 ÚVOD K VÝZKUMU

Závislost na psychoaktivních látkách se stává stále diskutovanější. Co se týče mladých lidí, tento problém postupem času narůstá. Jedná se o velmi rizikový sociálně patologický jev, který může negativně ovlivnit další vývoj jedince.

Teoretická část této práce se zaměřila na různé druhy sociálně patologických jevů a blíže je v ní přiblížena právě problematika závislostí, a to převážně závislostí na nealkoholových drogách. Mladí lidé přijdou často poprvé do styku s drogou ve společnosti vrstevníků, a právě v jejich společnosti, někdy pod jistým nátlakem látku poprvé vyzkouší. Mnozí z nich tak učiní poprvé a naposledy. Někteří ale v užívání pomalu pokračují, až si časem vypěstují na droze závislost, která může přetrvávat po celý život. Velkým problémem dnešní doby je velká dostupnost psychoaktivních látek.

Výzkum se zaměřil na informovanost žáků o možnosti pomoci a dále zjišťoval, zda mají žáci nějaké zkušenosti s drogami. Dotazník byl předložen žákům 8. a 9. tříd, což jsou žáci ve věku 13-15 let. Výzkum se také zajímal o to, kde by žáci v případě problémů hledali pomoc.

Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly předloženy žákům 3. základní školy ve Slaném. Na území Slaného jsou celkem 3 základní školy. 3. základní škola se nachází na kraji města, v jejím sousedství se nachází plavecký bazén, atletický a zimní stadion. Díky tomu škola může svým žákům nabídnout možnost plaveckého výcviku, bruslení na ledě a spoustu dalších sportovních aktivit mimo areál. Škola je velmi moderní a je velmi kladně hodnocena co se týče kvality samotné výuky a také v rámci dalších aktivit.

## 5.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu v této bakalářské práci je zjistit míru zkušeností žáků s drogami na 3. základní škole ve Slaném.

## 5.2 HYPOTÉZY VÝZKUMU

### Hypotéza č. 1:

*Nulová hypotéza<sub>01</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném se setkali s drogami.

*Alternativní hypotéza<sub>A1</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném se nesetkali s drogami.

### Hypotéza č. 2:

*Nulová hypotéza<sub>02</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném mají dostatek přednášek, které se týkají drog a drogové prevence.

*Alternativní hypotéza<sub>A2</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném nemají dostatek přednášek, které se týkají drog a drogové prevence.

### Hypotéza č. 3:

*Nulová hypotéza<sub>03</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném vědí, na koho se mají obrátit v případě problémů s drogami.

*Alternativní hypotéza<sub>A3</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném nevědí, na koho se mají obrátit v případě problémů s drogami.

Hypotézy budou ověřené statistickou metodou Chí-kvadrátu na pěti procentní hladině významnosti.



### **5.3 METODA VÝZKUMU**

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníků, tedy kvantitativního výzkumu. Tento druh šetření znamená úsporu času, nákladů a požaduje poměrně malé množství respondentů.

Do rukou vedení základní školy ve Slaném byly dodány předem vytištěné dotazníky společně s instrukcemi k vyplnění. Výzkumu se zúčastnilo celkem 110 žáků osmých a devátých ročníků. Výsledná data byla zpracována pomocí programu Windows Excel do tabulek a grafů. Předem stanovené hypotézy byly následně hodnoceny pomocí metody Chí-kvadrát, která slouží k jejich potvrzení či vyvrácení.

Touto metodou zjistíme, zda platí nulová hypotéza či bude vyvrácena. Pokud výsledek výpočtu chí-kvadrátu bude menší než 0,05, nulová hypotéza je vyvrácena.

### **5.4 DOTAZOVANÍ VÝZKUMU**

Dotazníkové šetření bylo prováděno s žáky 8. a 9. tříd. Celkem se průzkumu zúčastnilo 110 žáků, z toho bylo 60 žáků z devátých tříd a 50 z osmých tříd. Dotazníky byly žákům předloženy během výuky a vyučujícím byli informováni o tom, jak při vyplňování postupovat.

## 5.5 VÝSLEDKY DOTAZOVÁNÍ

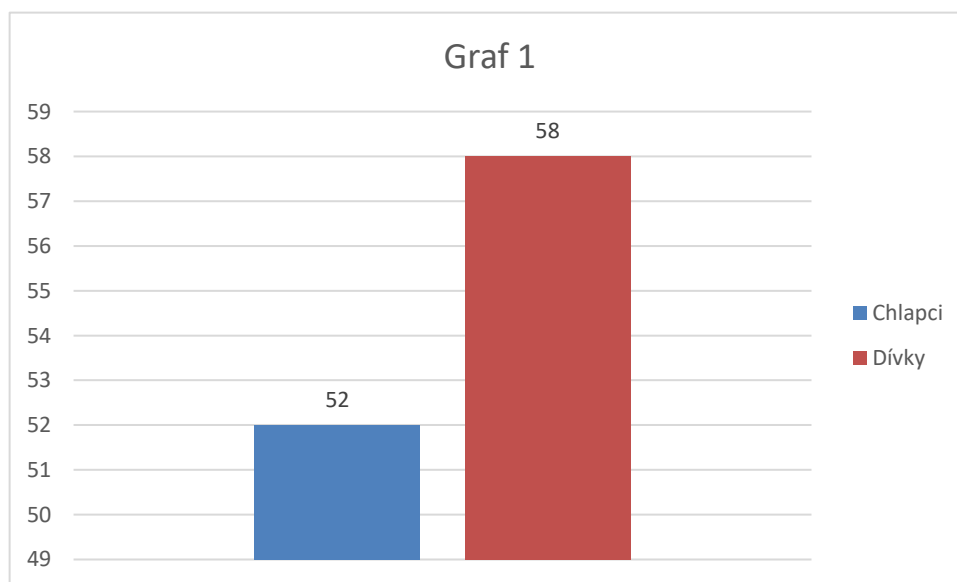
### Otázka č. 1 – Pohlaví

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 110 žáků základní školy ve Slaném, z toho bylo 52 chlapců a 58 dívek.

Tabulka č. 1 – pohlaví

Žáci	Chlapci	Dívky
	52	58
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>58</b>

Graf č. 1 – pohlaví



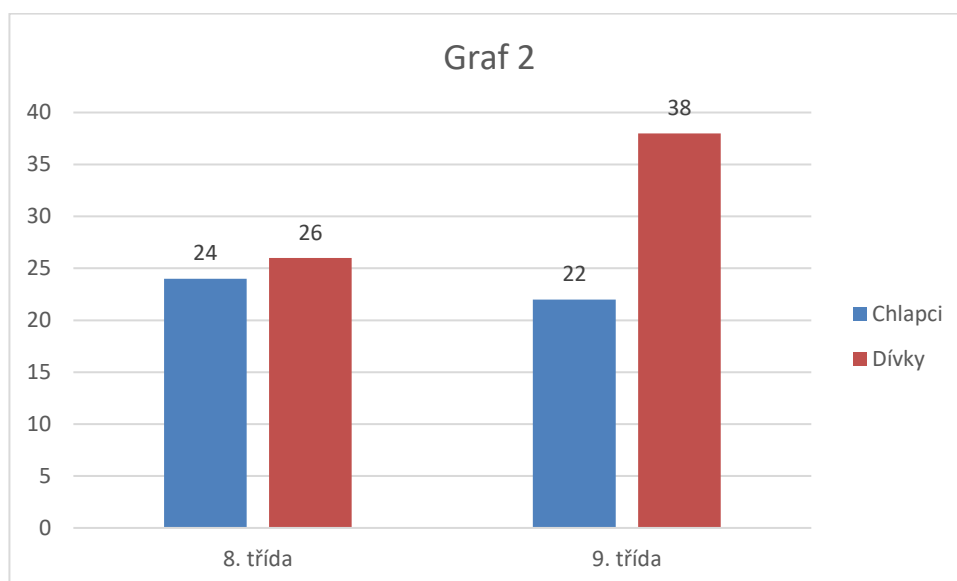
## Otázka č. 2 – Jakou třídu navštěvuješ?

Ze 110 dotazovaných respondentů je 50 žáků 8. tříd a 60 žáků tříd 9. Osmou třídu navštěvuje 24 chlapců a 26 dívek. Do deváté třídy chodí 22 chlapců a 38 dívek.

Tabulka č. 2 - třída

Žáci	Chlapci	Dívky
8. třída	24	26
9. třída	22	38
<b>Celkem</b>	<b>46</b>	<b>64</b>

Graf č. 2 – třída



### Otázka č. 3 – bydliště

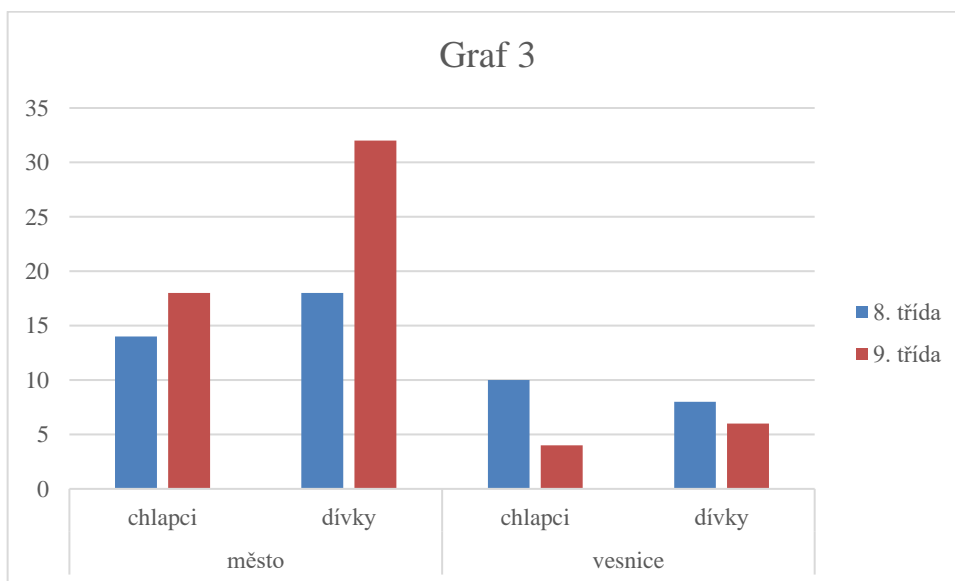
Ze všech dotazovaných žije většina ve městě, ze 110 žáků to je celkem 82 a z toho je 52 dívek a 32 chlapců. Na vesnici žije dohromady 28 žáků. Počet dívek a chlapců žijících na vesnici je shodný, jedná se tedy o 14 dívek a 14 chlapců.

Osmou třídu navštěvuje dohromady 14 chlapců a 18 dívek žijících ve městě. Na vesnici poté bydlí 10 chlapců a 8 dívek z 8. třídy. Do deváté třídy chodí 18 chlapců a 32 dívek žijících ve městě a 4 chlapci a 6 dívek žijících na vesnici.

Tabulka č. 3 - bydliště

Žáci	město		vesnice	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
8. třída	14	18	10	8
9. třída	18	32	4	6
<b>Celkem</b>	<b>32</b>	<b>50</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

Graf č. 3 - bydliště



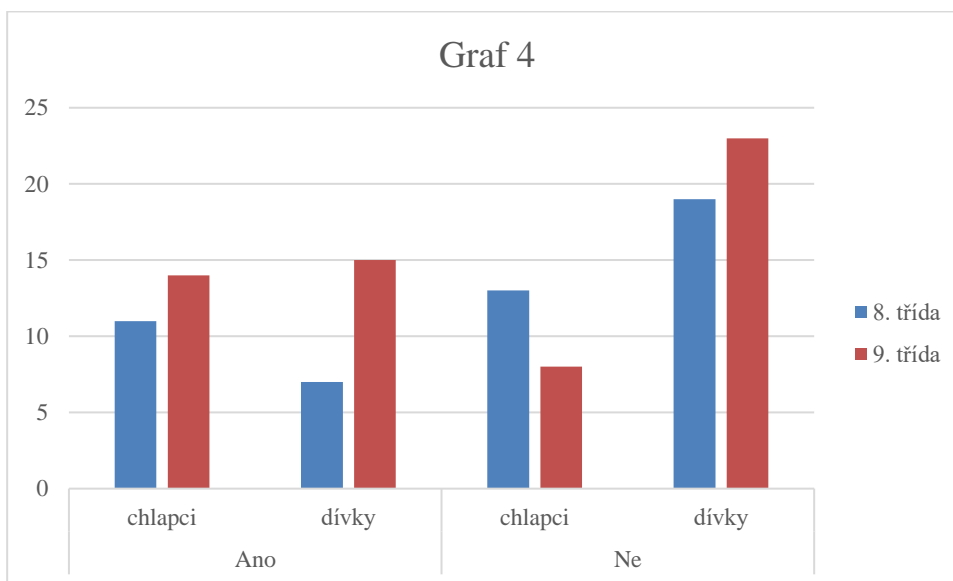
#### Otázka č. 4 – osobní zkušenost s drogami

Respondenti odpovídali na otázku, zda mají s drogami nějakou vlastní zkušenost. V osmé třídě má určitou zkušenost 11 chlapců a 7 dívek, naopak žádnou zkušenost nemá dle odpovědí 13 chlapců a 19 dívek. V deváté třídě je počet žáků, které se s drogou sami setkali, o něco vyšší. 14 chlapců a 15 dívek má nějakou zkušenost a bez zkušenosti je 8 chlapců a 23 dívek.

Tabulka č. 4 – osobní zkušenost

Žáci	Ano	Ne
8. třída	18	32
9. třída	29	31
<b>Celkem</b>	<b>47</b>	<b>63</b>

Graf č. 4 – osobní zkušenost



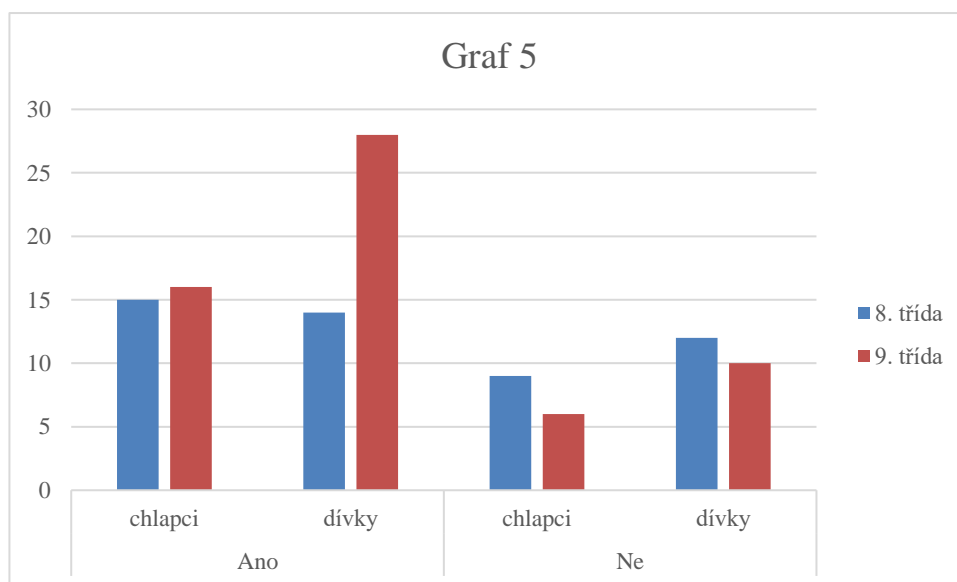
### Otázka č. 5 – máš ve svém okolí někoho, kdo pravidelně užívá drogy?

Celkem 73 žáků osmých a devátých tříd mají ve svém okolí osobu, která pravidelně užívá drogy. Z osmé třídy to je 15 chlapců a 14 dívek, z deváté potom 16 chlapců a 28 dívek. 6 chlapců a 10 dívek z devátých tříd žádného uživatele drog nezná, z osmých tříd je to pak 9 chlapců a 12 dívek.

Tabulka č. 5 – zda žáci znají uživatele drog

Žáci	Ano		Ne	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
8. třída	15	14	9	12
9. třída	16	28	6	10
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>22</b>

Graf č. 5 – zda žáci znají uživatele drog



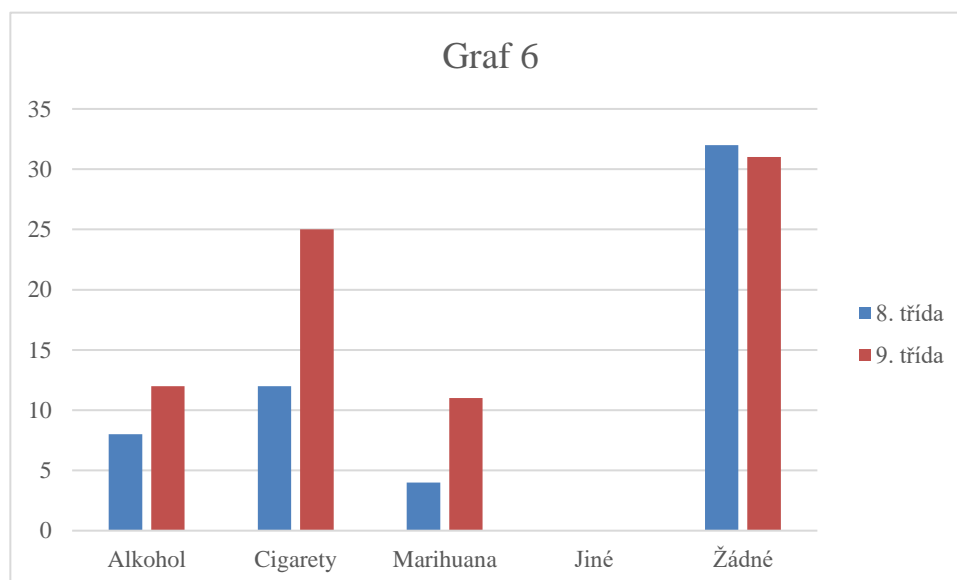
### Otázka č. 6 – s jakou drogou se žák setkal

Tato otázka směřovala především na žáky, kteří na otázku č. 4 odpověděli ano, tj. že mají vlastní zkušenost s drogami. Žádné zkušenosti nemá 32 žáků z osmých tříd a 31 ze tříd devátých. Naopak 18 osmáků a 29 devátáků zkušenosti má. Podle výsledků dotazníku mají někteří žáci zkušenosti s více než jedním typem drogy. V osmých třídách je 8 žáků, kteří mají zkušenost s alkoholem, v devátých třídách to je 12 žáků. 12 respondentů z osmých tříd má zkušenost s kouřením cigaret, v devátých třídách je to 25. S marihuanou mají zkušenosti 4 osmáci a 11 devátáků.

Tabulka č. 6 – s jakou drogou se žák setkal

Žáci	Alkohol	Cigarety	Marihuana	Jiné	Žádné
8. třída	8	12	4	0	32
9. třída	12	25	11	0	31
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>63</b>

Graf č. 6 – s jakou drogou se žák setkal



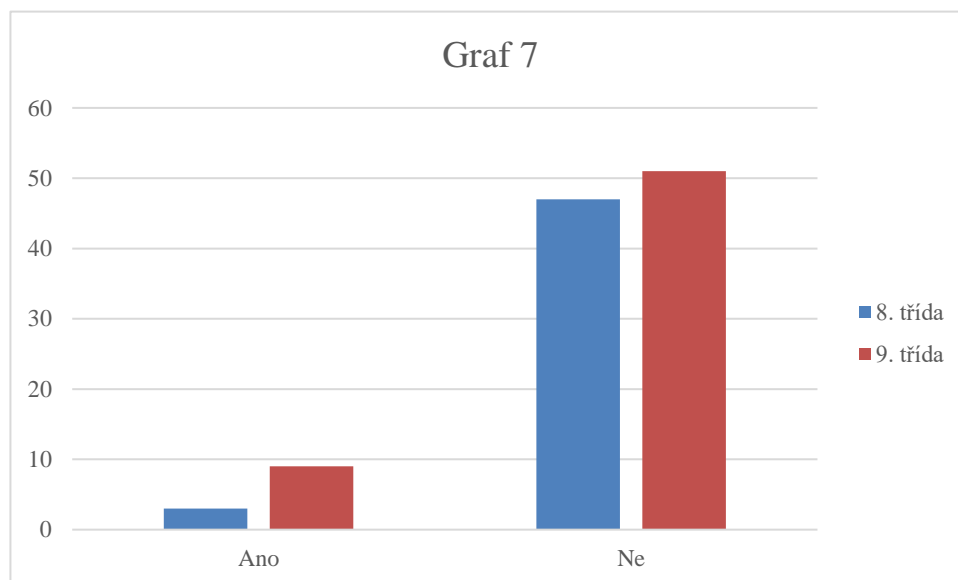
### Otázka č. 7 – užívání drogy pravidelně

Velká většina respondentů uvedla, že pravidelně žádnou drogu neužívá. Představuje to 98 žáků, z toho 47 z osmých tříd a 51 ze tříd devátých. Celkem 12 žáků přiznalo, že pravidelně drogu užívá. 3 z nich jsou z osmých tříd a 9 ze tříd devátých.

Tabulka č. 7 – užívání drogy pravidelně

Žáci	Ano	Ne
8. třída	3	47
9. třída	9	51
<b>Celkem</b>	<b>12</b>	<b>98</b>

Graf č. 7 – užívání drogy pravidelně





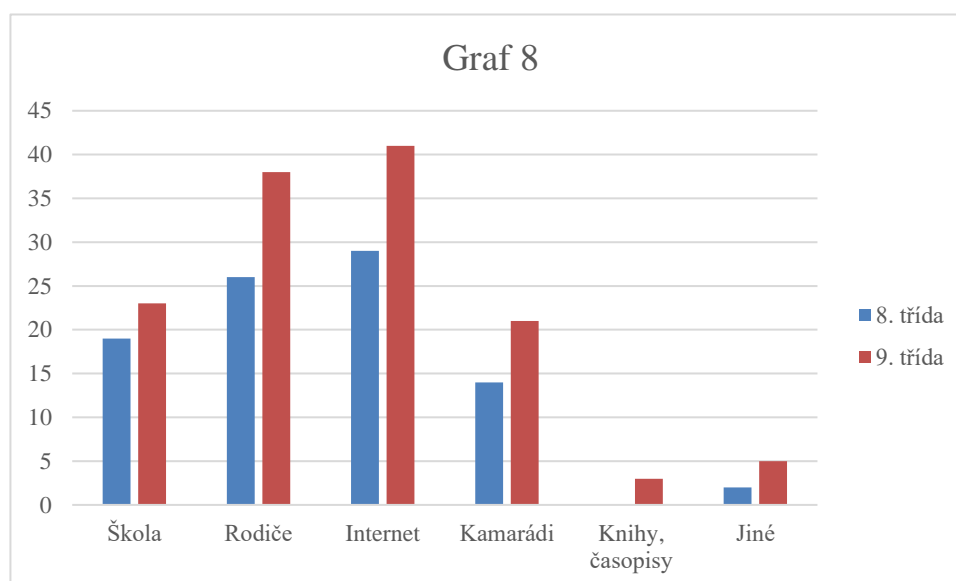
## Otázka č. 8 – původ informací o drogách

Nejvíce respondentů uvedlo, že mají největší množství informací o drogách z internetu, to bylo celkem 70 žáků, z toho 29 z 8. tříd a 41 z 9. tříd. 64 žáků má informace o drogách od rodičů, 26 z nich je z osmých tříd a 38 z devátých. Dalších 42 žáků uvedlo, že získává informace také ve škole, z toho bylo 19 osmáků a 23 devátáků. 35 respondentů získává také informace od kamarádů a přátel, 14 z nich chodí do 8. tříd a 21 do tříd 9. 7 žáků získává informace z jiných zdrojů, než které byly v možnostech, 2 jsou žáci osmých tříd a 5 tříd devátých. Nejméně žáků získává informace čtením knih i časopisů, z osmých tříd tuto možnost nevedl žádný žák a z devátých tříd to byli 3 žáci.

Tabulka č. 8 – původ informací o drogách

Žáci	Škola	Rodiče	Internet	Kamarádi	Knihy, časopisy	Jiné
8. třída	19	26	29	14	0	2
9. třída	23	38	41	21	3	5
<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>64</b>	<b>70</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Graf č. 8 – původ informací o drogách



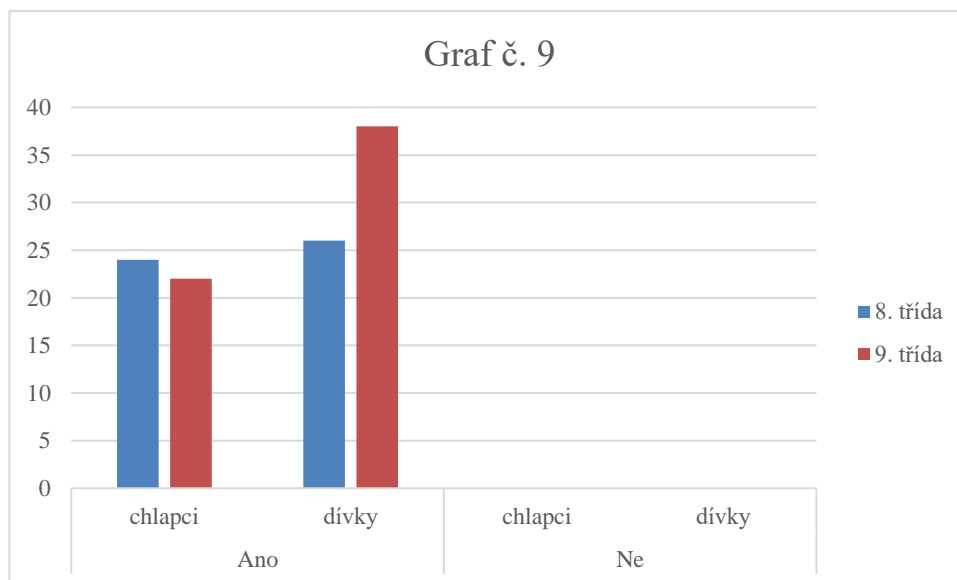
## Otázka č. 9 – přednášky na škole

Všichni dotazovaní žáci na otázku, zda se na jejich škole konají přednášky týkající se závislosti a prevence, odpověděli ano.

Tabulka č. 9 – přednášky na škole

Žáci	Ano		Ne	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky
8. třída	24	26	0	0
9. třída	22	38	0	0
Celkem	46	64	0	0

Graf č. 9 – přednášky na škole



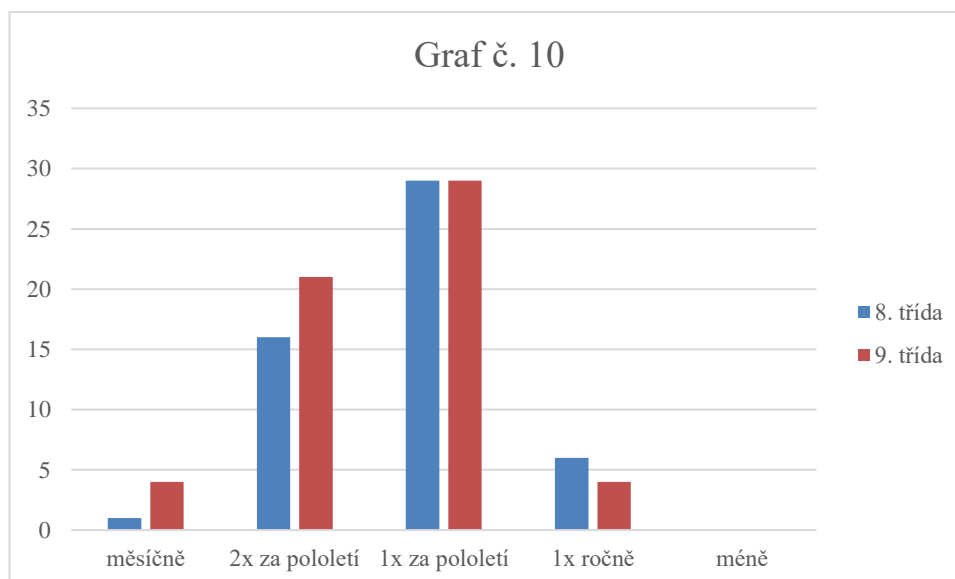
### Otázka č. 10 – četnost přednášek

Ohledně četnosti přednášek týkajících se závislostí a prevence se už odpovědi žáků mírně rozcházel. Odpověď, že se přednášky konají 1x během školního roku, vybralo 6 žáků z osmých tříd a 4 ze tříd devátých. Další možností byla odpověď 1x za pololetí, kterou zvolilo 29 žáků z 8. tříd a 29 z 9. tříd. 16 žáků z osmých tříd a 21 ze tříd devátých vybrali možnost konání 2x za pololetí. A variantu 1x měsíčně vybral 1 žák z 8. a 4 žáci z 9. tříd.

Tabulka č. 10 – četnost přednášek

Žáci	měsíčně	2x za pololetí	1x za pololetí	1x ročně	méně
8. třída	1	16	29	6	0
9. třída	4	21	29	4	0
<b>Celkem</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>58</b>	<b>10</b>	<b>0</b>

Graf č. 10 – četnost přednášek



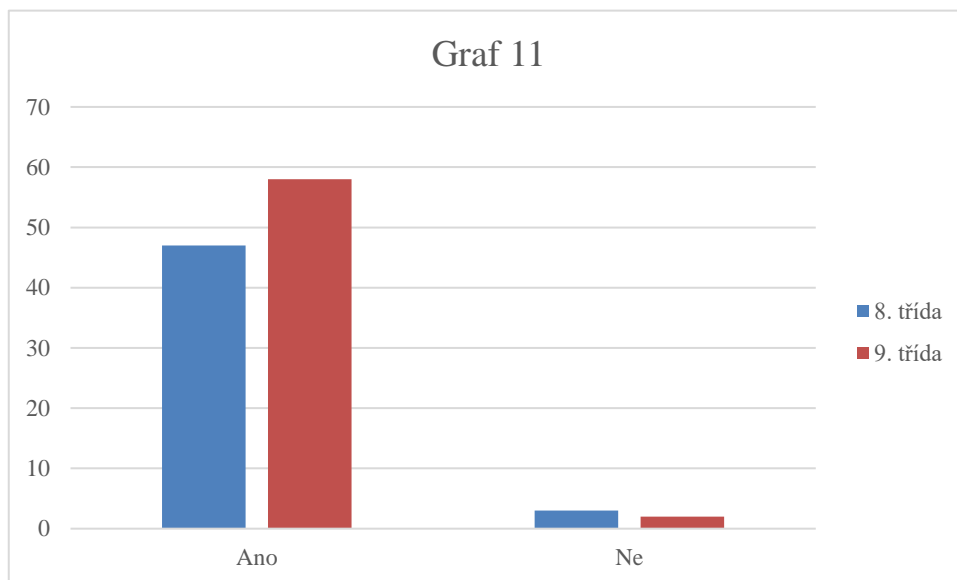
### Otázka č. 11 – dostatečnost informativních přednášek

Většina odpovědí respondentů se u této otázky shodovala. Z osmých tříd odpovědělo 47 žáků ano a 3 ne na otázku, zda si myslí, že je na jejich škole dostatečné množství přednášek ohledně informací o drogách a drogové prevenci. Z devátých tříd potom odpovědělo ano 58 žáků a pouze 2 odpověděli ne.

Tabulka č. 11 – dostatečnost informativních přednášek

Žáci	Ano	Ne
8. třída	47	3
9. třída	58	2
<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>5</b>

Graf č. 11 -dostatečnost informativních přednášek



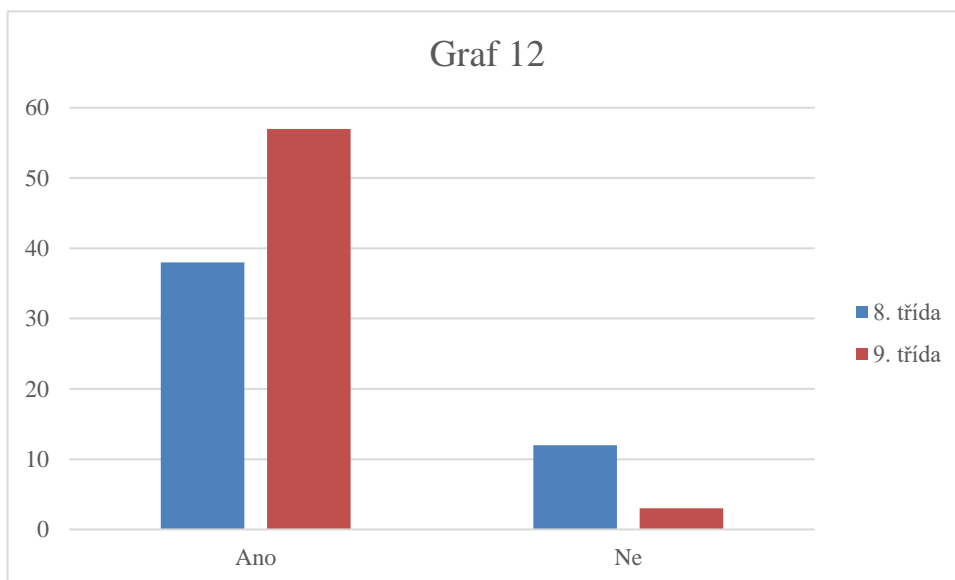
### Otázka č. 12 – víš, u koho bys měl správně hledat pomoc?

Celkem 12 žáků z osmých tříd a 3 ze tříd devátých odpověděli, že nevědí, kde by při nastalých problémech s drogami hledali pomoc. Oproti tomu 38 osmáků a 57 devátáků vybrali odpověď ano, což znamená, že vědí, kam by pro pomoc zašli.

Tabulka č. 12 – víš, u koho bys měl správně hledat pomoc

Žáci	Ano	Ne
8. třída	38	12
9. třída	57	3
<b>Celkem</b>	<b>95</b>	<b>15</b>

Graf č. 12 – víš, u koho bys měl správně hledat pomoc



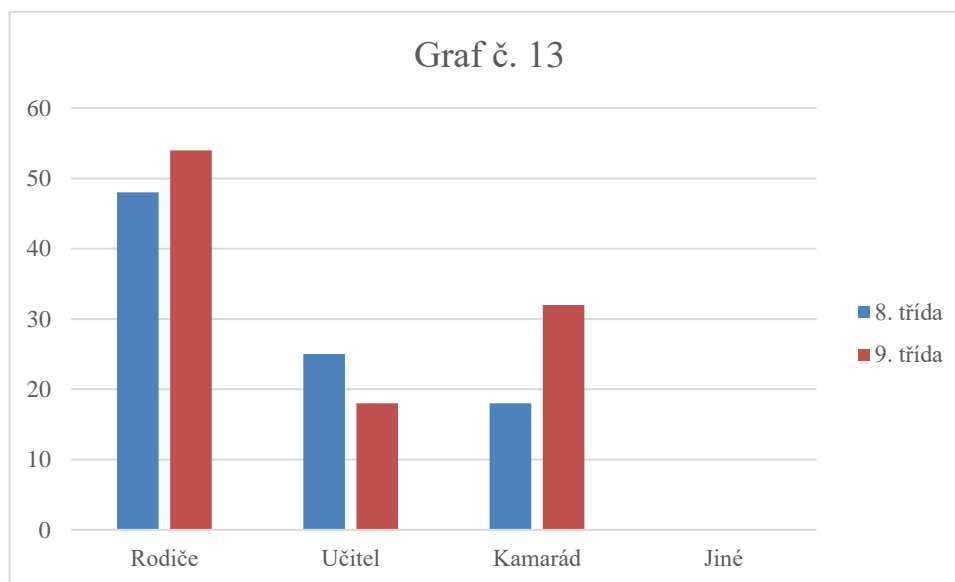
### Otázka č. 13 – u koho by žák hledal pomoc

Respondenti nejčastěji odpovídali tak, že by hledali pomoc převážně u svých rodičů. Celkem takto odpovědělo 102 žáků, z toho bylo 48 z 8. tříd a 54 ze tříd 9. Někteří z nich zvolili také ještě jednu z další možností. K učiteli by se s prosbou o pomoc obrátilo 25 žáků z osmých tříd a 18 ze tříd devátých. Naopak za kamarádem by šlo 18 osmáků a 32 devátáků.

Tabulka č. 13 – u koho by žák hledal pomoc

Žáci	Rodiče	Učitel	Kamarád	Jiné
8. třída	48	25	18	0
9. třída	54	18	32	0
<b>Celkem</b>	<b>102</b>	<b>43</b>	<b>50</b>	<b>0</b>

Graf č. 13 – u koho by žák hledal pomoc



## 5.6 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

### Hypotéza č. 1:

*Nulová hypotéza  $H_0$*  Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném se setkali s drogami.

*Alternativní hypotéza  $H_{A1}$*  Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném se neseťkali s drogami.

### Kontingenční tabulky pro hypotézu č. 1

*Skutečné hodnoty*

Žáci	Ano	Ne	Celkem
8. třída	18	32	50
9. třída	29	31	60
Celkem	47	63	110

*Teoretické hodnoty*

Žáci	Ano	Ne	Celkem
8. třída	21,36364	28,63636	50
9. třída	25,63636	34,36364	60
Celkem	47	63	110

*Výsledek chí-kvadrát testu:* 0,192909 - hodnota je vyšší než alfa 0,05

Na základě pěti procentní hladiny významnosti potvrzujeme nulovou hypotézu.

## Hypotéza č. 2:

*Nulová hypotéza<sub>02</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném mají dostatek přednášek, které se týkají drog a drogové prevence.

*Alternativní hypotéza<sub>A2</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném nemají dostatek přednášek, které se týkají drog a drogové prevence.

## Kontingenční tabulky pro hypotézu č. 2

### Skutečné hodnoty

Žáci	Ano	Ne	Celkem
8. třída	47	3	50
9. třída	58	2	60
<b>Celkem</b>	105	5	110

### Teoretické hodnoty

Žáci	Ano	Ne	Celkem
8. třída	47,72727	2,272727	50
9. třída	57,27273	2,727273	60
<b>Celkem</b>	105	5	110

Výsledek *chi-kvadrát* testu: 0,503771 - hodnota je vyšší než alfa 0,05

Na základě pěti procentní hladiny významnosti potvrzujeme nulovou hypotézu.



**Hypotéza č. 3:**

*Nulová hypotéza<sub>03</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném vědí, na koho se mají obrátit v případě problémů s drogami.

*Alternativní hypotéza<sub>A3</sub>* Chlapci i dívky na 3. ZŠ ve Slaném nevědí, na koho se mají obrátit v případě problémů s drogami.

**Kontingenční tabulky pro hypotézu č. 3**

*Skutečné hodnoty*

<b>Žáci</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
<b>8. třída</b>	38	12	50
<b>9. třída</b>	57	3	60
<b>Celkem</b>	95	15	110

*Teoretické hodnoty*

<b>Žáci</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>Celkem</b>
<b>8. třída</b>	43,18182	6,818182	50
<b>9. třída</b>	51,81818	8,181818	60
<b>Celkem</b>	95	15	110

*Výsledek chí-kvadrát testu:* 0,003836 - hodnota je nižší než 0,05

Na základě pěti procentní hladiny významnosti můžeme vyvrátit nulovou hypotézu.

## ZÁVĚR

V dnešní době je velice důležité, aby byli žáci dostatečně informováni o problematice závislostí. Je potřeba jim přiblížit veškerá rizika, která sebou toto jednání přináší. Zapojeni by měli být také rodiče, protože i když si to sami nepřiznají, dnešní doba je velmi uspěchaná a dítě, které nemá doma dostatečnou pozornost, podporu a lásku, může po čase hledat pozornost jinde. Dostane se mu jí u kamarádů, v partě, kde pak těžko odolá pokušení experimentovat. A z pouhého experimentování se u některých jedinců může vyvinout závislost.

Cílem preventivní drogových programů na školách by mělo být dostatečně žáky informovat o případných možnostech pomoci, a především co nejvíce eliminovat tento nebezpečný jev.

Cílem mé bakalářské práce bylo v teoretické části popsat sociálně patologické jevy, Podrobněji jsem se zaměřila na popsání psychoaktivních látek a některých jejich druhů, se kterými se mohou lidé během života setkat. Popsala jsem, jakým způsobem je zapotřebí přistupovat k dítěti, aby nedošlo k jeho úniku např. k drogám. Každé dítě potřebuje být v domácím prostředí milováno, chápáno a potřebuje se cítit v bezpečí. Velká část mladých lidí, kteří začnou s drogami experimentovat, jsou právě ti, kterým něco z toho doma chybí.

V praktické části jsem využila metody dotazníkového šetření, abych zjistila míru informovanosti o psychoaktivních látkách u žáků osmých a devátých tříd 3. základní školy ve Slaném.

První tři otázky z dotazníku byly směřovány ke zjištění pohlaví, místa bydliště a třídy, do které respondent dochází. Čtvrtá otázka souvisela s první hypotézou – zda se chlapci a dívky na ZŠ ve Slaném setkali s drogami. Podle výsledků získaných výpočtem chí-kvadrátu se potvrdila nulová hypotéza, což znamená, že většina dotázaných se s drogou již setkala. Celkem má s drogou zkušenost 47 chlapců a 63 dívek z celkového počtu 110 žáků.

Druhá hypotéza se zaměřila na to, zda se žáci domnívají, že mají dostatečné množství informativních a preventivních přednášek. Celkem 105 žáků ze 110 odpovědělo kladně. A poslední – třetí hypotéza měla za úkol potvrdit či vyvrátit, že chlapci a dívky vědí, na koho se při případných problémech obrátit. Na tuto otázku odpovědělo 95 žáků pozitivně

a 15 žáků odpovědělo, že neví, kam se obrátit. Podle výpočtu chí-kvadrátu byla nulová hypotéza vyvrácena, tzn. že žáci nevědí, na koho se při vzniklých obtížích obrátit.

Z výzkumu je patrné, že velká část žáků má již s drogami nějaké zkušenosti. A ještě více z nich uvedlo, že mají ve svém okolí někoho, kdo je na drogách závislý. V odpovědích na další otázku můžeme pozorovat, že někteří chlapci i dívky mají zkušenosti s alkoholem, cigaretami a poměrně dost žáků tohoto věku má zkušenosti také s marihuanou.

Preventivní programy pro žáky považují za velmi účinné a důležité. Je potřeba neustále poukazovat na nebezpečnost psychoaktivních látek.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální : učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

ISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

PEŠATOVÁ, Ilona. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. ISBN 978-80-7372-291-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

## SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

### Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – pohlaví.....	34
Tabulka č. 2 - třída.....	35
Tabulka č. 3 - bydliště.....	36
Tabulka č. 4 – osobní zkušenost .....	37
Tabulka č. 5 – zda žáci znají uživatele drog .....	38
Tabulka č. 6 – s jakou drogou se žák setkal.....	39
Tabulka č. 7 – užívání drogy pravidelně.....	40
Tabulka č. 8 – původ informací o drogách .....	41
Tabulka č. 9 – přednášky na škole .....	42
Tabulka č. 10 – četnost přednášek .....	43
Tabulka č. 11 – dostatečnost informativních přednášek.....	44
Tabulka č. 12 – víš, u koho bys měl správně hledat pomoc .....	45
Tabulka č. 13 – u koho by žák hledal pomoc .....	46

## Seznam grafů

Graf č. 1 – pohlaví .....	34
Graf č. 2 – třída .....	35
Graf č. 3 - bydliště .....	36
Graf č. 4 – osobní zkušenost .....	37
Graf č. 5 – zda žáci znají uživatele drog .....	38
Graf č. 6 – s jakou drogou se žák setkal .....	39
Graf č. 7 – užívání drogy pravidelně .....	40
Graf č. 8 – původ informací o drogách .....	41
Graf č. 9 – přednášky na škole.....	42
Graf č. 10 – četnost přednášek .....	43
Graf č. 11 -dostatečnost informativních přednášek .....	44
Graf č. 12 – víš, u koho bys měl správně hledat pomoc .....	45
Graf č. 13 – u koho by žák hledal pomoc .....	46

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník ..... I-III

Příloha B – souhlas rodičů ..... V

## **Příloha A - Dotazník**

Jmenuji se Klára Zůzová a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který má za cíl zmapovat informovanost o vzniku závislosti na alkoholu či drogách na Vaší škole. Zpracovávám bakalářskou práci, ve které se zaměřuji právě na tyto závislosti.

Dotazník Vám zabere pár minut, proto Vás prosím o vyplnění. Vaše odpovědi budou zcela anonymní a výsledky slouží pouze pro mé studijní účely.

Zvolenou odpověď prosím zakroužkujte.

### **1. Pohlaví**

- a) chlapec
- b) dívka

### **2. Jakou třídu navštěvuješ?**

- a) 8. třídu
- b) 9. třídu

### **3. Kde bydlíš?**

- a) ve městě
- b) na vesnici

### **4. Máš osobní zkušenost s drogami?**

- a) ano
- b) ne

### **5. Máš ve svém okolí někoho, kdo pravidelně užívá drogy?**

- a) ano
- b) ne



**6. S jakou drogou ses setkal/a?**

- a) alkohol
- b) cigarety
- c) marihuana
- d) jiné
- e) žádné

**7. Užíváš některou z těchto drog pravidelně?**

- a) ano
- b) ne

**8. Odkud máš o drogách nejvíce informací?**

- a) škola
- b) rodina
- c) internet
- d) kamarádi
- e) knihy, časopisy
- f) jiné zdroje

**9. Konají se na Vaší škole přednášky týkající se závislostí?**

- a) ano
- b) ne

**10. Jak často se tyto přednášky konají?**

- a) každý měsíc
- b) 2x za pololetí
- c) 1x za pololetí
- d) 1x za školní rok
- e) méně než 1x za školní rok

**11. Domníváš se, že jsou přednášky na Vaší škole dostačující?**

- a) ano
- b) ne

**12. Víš, na koho by ses správně měl/a obrátit, kdybys měl problém s drogami?**

- a) ano
- b) ne

**13. Pokud bys problém s drogami opravdu měl, na koho by ses obrátil?**

- a) rodiče
- b) učitel
- c) kamarád, spolužák
- d) jinde – uveď

## **Příloha B – souhlas rodičů**

### **Informovaný souhlas s vyplněním dotazníku**

Vážený rodiče, zákonní zástupci,

jmenuji se Klára Zůzová a jsem studentkou Univerzity J. A. Komenského v Praze. V rámci své bakalářské práce uskutečňuji výzkumné šetření, jehož cílem je zjistit informovanost žáků o drogové problematice. Zaměřuji se především na žáky 8. a 9. ročníků. Výzkumné šetření uskutečňuji formou přiloženého dotazníku. Výzkum je zcela anonymní, získané informace důvěrné a budou sloužit pouze pro účely zmiňované bakalářské práce.

V případě Vašeho souhlasu předejte, prosím, vyplněný souhlas i dotazník třídní učitelce Vašeho dítěte. Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci na výzkumném šetření.

Klára Zůzová

Souhlasím - nesouhlasím s vyplněním dotazníku mým dítětem.

Podpis rodiče/zákonného zástupce:.....

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Klára Zůzová

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** kombinované

**Název práce:** Sociálně patologické jevy ve školním prostředí na ZŠ  
na Kladensku

**Rok:** 2020

**Počet stran textu bez příloh:**<sup>1</sup> 51

**Celkový počet stran příloh:**<sup>2</sup> 4

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 6

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

---