

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Iva Daňková

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Postoje žáků 2. stupně základních škol ve vybraných lokalitách
Středočeského kraje ke zdraví a alkoholu**

Olomouc 2020

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Postoje žáků 2. stupně základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje ke zdraví a alkoholu“ vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 21. června 2020

.....

Bc. Iva Daňková

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za její odborné vedení a cenné rady, které mi při realizaci této práce věnovala. Chtěla bych poděkovat dále svojí rodině, která mi byla velkou oporou po celou dobu studia. Taktéž děkuji vedení základních škol a všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Zpracování výzkumných dat bylo podpořeno v rámci projektu OP VVV „Inovativní vzdělávání učitelů spojením teorie s praxí“ (reg. č. CZ.02.3.68/0.0/0.0/16_038/0006522) v jeho klíčové aktivitě IV. Podpora využití technologií a realizace výzkumných aktivit v pregraduálním vzdělávání budoucích učitelů.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE.....	8
1.1 Dílčí cíle.....	8
2 ZDRAVÍ.....	9
2.1 Definice zdraví.....	10
2.2 Modely zdraví.....	11
2.3 Determinanty zdraví.....	12
2.4 Zdravotní gramotnost.....	13
2.4.1 Modely zdravotní gramotnosti.....	14
2.4.2 Zdravotní gramotnost u dětí.....	16
2.5 Podpora zdraví.....	16
2.5.1 Podpora zdraví ve škole.....	18
3 POSTOJE.....	20
3.1 Definice postoje.....	20
3.2 Složky postojů.....	21
3.3 Funkce postojů.....	21
3.4 Postoje a chování.....	22
3.5 Techniky měření postojů.....	23
3.6 Postoje v dospívání.....	25
4 DOSPÍVÁNÍ.....	26
4.1 Periodizace dospívání.....	26
4.2 Charakteristika dospívání.....	27
5 ALKOHOL.....	30
5.1 Alkohol v dospívání.....	30
5.2 Závislost na alkoholu.....	30
5.2.1 Syndrom závislosti.....	31
5.2.2 Klasifikace závislosti.....	31
5.3 Prevence.....	32
5.3.1 Prevence v rodině.....	34
5.3.2 Prevence ve škole.....	35
6 MEZINÁRODNÍ STUDIE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	37
6.1 HBSC studie.....	37
6.2 SAHA studie.....	38
6.3 ESPAD studie.....	39
7 METODIKA PRÁCE.....	41

7.1	Cíle výzkumu	41
7.2	Výzkumné předpoklady (VP) a hypotézy (H).....	41
7.3	Popis výzkumného vzorku a průběhu výzkumného šetření.....	43
7.4	Použité výzkumné metody	44
7.4.1	Dotazník.....	45
7.4.2	Sémantický diferenciál	45
7.4.3	Dvoufaktorový sémantický diferenciál.....	45
7.5	Statistické metody použité na zpracování výzkumu	47
7.5.1	Studentův t-test	47
7.5.2	Analýza rozptylu ANOVA	47
7.5.3	Test nezávislosti Chí-kvadrát.....	47
8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	48
8.1	Potvrzení výzkumného předpokladu VP1	48
8.2	Potvrzení výzkumného předpokladu VP2.....	49
8.3	Ověřování platnosti hypotézy H1	49
8.4	Ověřování platnosti hypotézy H2.....	50
8.5	Ověřování platnosti hypotézy H3.....	51
8.6	Ověřování platnosti hypotézy H4.....	52
8.7	Ověřování platnosti hypotézy H5.....	53
8.8	Ověřování platnosti hypotézy H6.....	55
8.9	Ověřování platnosti hypotézy H7.....	56
8.10	Potvrzení výzkumného předpokladu VP3.....	58
8.11	Ověřování platnosti hypotézy H8.....	62
8.12	Ověřování platnosti hypotézy H9.....	65
8.13	Ověřování platnosti hypotézy H10.....	68
9	DISKUZE.....	72
	ZÁVĚR	77
	SOUHRN	80
	SUMMARY	81
	REFERENČNÍ SEZNAM	82
	SEZNAM ZKRATEK	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	89
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM GRAFŮ	92
	SEZNAM PŘÍLOH.....	93
	ANOTACE	

ÚVOD

Téma diplomové práce „Postoje žáků 2. stupně základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje ke zdraví a alkoholu“ jsem si zvolila proto, že alkohol a zdraví patří dnes k aktuálně diskutovaným tématům. Právě v období dospívání, kdy se blíží jedinec k prahu dospělosti, může alkohol napáchat škody, které mohou negativně ovlivnit následné období dospělosti. Je potřeba se zaměřit na tuto věkovou skupinu, která je nejvíce ohrožena negativními jevy. V této oblasti probíhají na národní a mezinárodní úrovni pravidelná výzkumná šetření. Na mezinárodní úrovni se jedná o studii o zdraví a životním stylu dětí a školáků HBSC a evropskou studii o alkoholu a jiných drogách ESPAD, které se provádějí v pravidelných čtyřletých intervalech.

V období staršího školního věku jsou ještě velmi proměnlivé, ovlivnitelné, tvárné a rychle se rozvíjející postoje jedinců. Škola a rodina, tyto dvě důležité instituce se významně uplatňují ve formování postojů u dospívajících, a to nejen v oblasti zdraví a problematiky alkoholu, který je součástí nežádoucích sociálních jevů. Postoje jsou také ovlivněny dalšími faktory, jako jsou vrstevníci, média a prostředí. Jaké postoje budou naše děti – žáci zaujímat, záleží zejména na výchovném působení rodičů a pedagogů. Rodiče se podílejí na formování dítěte velkým dílem, vychovávají děti, stanovují určitá pravidla, která se musí dodržovat, poskytují informace o věcech, jevech. Děti potřebují mít svůj vzor, ke kterému by vzhlížely. V období dospívání prochází řadou změn, které se promítají do jejich zdraví po stránce tělesné, psychické, sociální a duševní.

Alkohol jako jedna z negativních determinant zdraví je jedna z nejrozšířenějších a nejdostupnějších legálních drog u nás. Vůči konzumaci alkoholu je naše společnost dosti tolerantní i přes dopady, které má na zdraví. Obzvláště nebezpečné je užívání alkoholu u dospívajících, u kterých vzniká závislost na alkoholu daleko dříve, než je tomu u dospělého člověka. Jaký postoj budeme zaujímat ke svému zdraví, se následně odrazí v kvalitě našeho života, proto pokud chceme prožít plnohodnotný a spokojený život, musíme také o své zdraví dbát, pečovat o něj a vést k tomu naše děti, které jsou součástí naší budoucnosti.

Diplomová práce se skládá z teoretické a praktické části. V první kapitole teoretické části práce se věnuji zdraví, jeho modelům, determinantám, zdravotní gramotnosti a podpoře zdraví ve škole. V další kapitole vymezuji postoje, jejich složky, funkce, postoje ve vztahu k chování, techniky měření a postoje u dospívajících. V následující kapitole

popisují dospívání, jeho periodizaci, charakteristiku dospívání po stránce somatické, motorické, kognitivní, citové, sociální. V předposlední kapitole se zaměřuji na alkohol u dospívajících, závislost na alkoholu, syndrom závislosti, klasifikaci závislosti a prevenci v rodině a ve škole. Poslední část teoretické práce věnuji mezinárodním studiím rizikového chování. Ve druhé, metodické části diplomové práce zjišťuji a popisuji postoje žáků šestých a devátých tříd ve vybraných základních školách Středočeského kraje ke zdraví a alkoholu. Empirickou část jsem uskutečnila s využitím kvantitativního výzkumu, konkrétně dotazníkového šetření a metody dvoufaktorového sémantického diferenciálu.

Výsledky předkládané práce mohou posloužit metodikům prevence na základních školách, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, a dát jim tímto zpětnou vazbu o efektivitě preventivních programů prováděných na zainteresovaných školách.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit a popsat, jaké mají žáci na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje postoje ke zdraví a alkoholu, a provést jejich srovnání u žáků šestých a devátých tříd podle pohlaví, navštěvovaného ročníku a zaměření třídy.

1.1 Dílčí cíle

- Zjistit, jak žáci na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje hodnotí předložené pojmy a které z těchto pojmů hodnotí nejlépe a které nejhůře.
- Zjistit, zda se liší postoje ke zdraví u chlapců a dívek na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje.
- Zjistit, zda se na postojích ke zdraví žáků na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje bude podílet zaměření navštěvované třídy a navštěvovaný ročník.
- Zjistit, zda existuje odlišnost v postojích k alkoholu mezi chlapci a dívkami na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje.
- Zjistit, zda se postoj k alkoholu u žáků na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje liší dle navštěvovaného ročníku dotazovaných žáků a zaměření navštěvované třídy.
- Zjistit, zda se liší u dotazovaných dívek a chlapců na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje frekvence konzumace alkoholu, věk první zkušenosti s konzumací alkoholu, první opilostí, opakovanou opilostí a jaký je případně jejich preferovaný alkoholický nápoj.

2 ZDRAVÍ

Zdraví, latinsky „*salús*“, anglicky „*health*“, německy „*Gesundheit*“, bylo a je ve všech kulturách kladeno v hierarchii hodnot na přední místo, neboť nám umožňuje plnohodnotně se uplatnit ve společnosti, zažít pocit spokojenosti, štěstí a naplňovat náš život. U jednotlivých populačních skupin se vnímání a hodnocení zdraví liší. Závisí to na mnoha okolnostech, jako je např. věk, pohlaví, socioekonomický status a vzdělání. Ke zdraví nelze přistupovat izolovaně. Jeho stav je výsledkem vzájemné interakce člověka s okolním prostředím (civilizací, rozvojem techniky, vědy, průmyslu, infrastruktury, ekonomiky, životním stylem, společenským prostředím), v němž jedinec žije (Kebza, 2005).

Křivohlavý (2001) upozorňuje, že pokud hledáme význam slova zdraví v etymologických slovnících, které sledují vývoj slov, dozvíme se, že slovo zdraví původně znamenalo „*celek*“. Dnes se tento pojem dostává opět do popředí, chápe zdraví z širšího holistického hlediska.

Dle stručného etymologického slovníku anglického jazyka Skeat (1911, s. 235) pojem zdraví – „*health*“, vznikl ze staroanglického slova „*hal*“, whole (celý). Český etymologický slovník popisuje, že slovo zdraví se nejspíše vyvinulo z „*ie* su-dorguo*“, doslovně jsoucí z dobrého dřeva (Rejzek, 2001, s. 736).

Celostní, holistické pojetí chápe zdraví jako nezastupitelný komplex, kdy se jednotlivé části vzájemně ovlivňují, celek je více než soubor jeho částí. Poprvé pojem holizmus použil v roce 1926 jihoafrický politik J. Smuts. V současné literatuře se objevuje tendence ke splývání oblastí zdraví podle složek osobnosti a jejího vztahu k okolí ve zdraví tělesné, duševní, sociální, spirituální (Čeledřová, Čevela, 2010; Kebza, 2005).

Holčík (2004) poukazuje na to, že zdraví není jenom charakteristikou organismu, ale i důležitou individuální, sociální a humánní hodnotou, která je provázána politickými, právními, společenskými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty. Zdraví má subjektivní i objektivní stránku. Čím hlouběji ho studujeme, tím se zvyrazňuje jeho integrální a hodnotový charakter.

2.1 Definice zdraví

Není zcela jednoduché definovat pojem zdraví. Často si myslíme, že jsme zdraví, když nemáme žádné obtíže, nejsme nemocní, nemáme bolest. Zdraví je nejvýznamnější hodnota lidského života, samo o sobě není cílem života, ale znamená pro nás jednu z podmínek smysluplného života. Zdraví je také výsledkem četných vztahů ve společenství lidí, proto také starost a péče o něj náleží právě společnosti. Důležitost aspektů zdraví se mění v průběhu ontogenetického vývoje jedince i s historickým vývojem společnosti (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO), hlavní řídicí a koordinační orgán pro mezinárodní zdraví, definovala zdraví v roce 1948 následovně: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti“* (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 10).

Zmíněná definice vymezuje zdraví z pozitivního (stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody), tak i z negativního hlediska (nepřítomnost nemoci, vady). Neobjasňuje však, co se myslí slovem pohoda („*well-being*“). V pravém slova smyslu se nejedná tedy o definici, ale spíš o formulaci záměru WHO, která se šířeji věnuje problematice zdraví (Holčík, 2004).

Pracovní definice zdraví dle Davida Seedhouse (1995; in Křivohlavý, 2001, s. 39) zní: *„Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)“*.

Autor Seedhouse (1995; in Křivohlavý, 2001) rozumí termínem **podmínky** vše, co může, či již ovlivňuje lidskou aktivitu. Mezi nejdůležitější podmínky řadí základní potřeby obživy, bydlení, smyslu života, také dostupnost k informacím, které mají vliv na lidský život, informační gramotnost a ohleduplnost vůči druhým lidem a prostředí.

Křivohlavý (2001, s. 40) uvádí svoji následující definici: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“*.

Představy lidí o pojmu zdraví se různí. Seedhouse (1995; in Křivohlavý, 2001) poukazuje na to, co si lidé s různým vzděláním představují pod tímto pojmem. Pro lékaře pojem zdraví představuje nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu. Sociolog označuje

zdravého člověka za člověka, který dobře funguje ve všech svých sociálních rolích. Pro humanistu je zdravý člověk takový, který se pozitivně vyrovná se životními úkoly, které se mu naskytou. Idealista si pod pojmem zdravý člověk představí jedince, který se cítí dobře po stránce tělesné, duševní, sociální i duchovní.

2.2 Modely zdraví

Na světě existuje mnoho modelů zdraví. Jednotlivé modely zdraví se v průběhu času vyvíjely a promítaly do systému zdravotní politiky státu, zdravotní péče, kvality a rozsahu poskytované léčebně preventivní péče (Pelcák, 2013).

U biomedicínského modelu zdraví jsou prvořadě příznaky nemoci, vhodná léčba, diagnostická kritéria a dostupnost lékařského vyšetření. Zdraví je považováno za nepřítomnost nemoci. Tento model vychází z klinické praxe, kdy se na lékaře obracejí pacienti se svými zdravotními obtížemi k řešení (Holčík, Káňová, Prudil, 2005).

V případě **ekologicko-sociálního modelu** je jedinec a jeho zdraví v centru pozornosti. Současně klade důraz na opatření realizovaná na populační úrovni, která mohou mít příznivý i negativní dopad na zdraví. Tento model se snaží o rovnováhu mezi léčbou, občanskými aktivitami a prevencí, nejedná se o protiklad biomedicínského modelu, ale o jeho rozšíření. Snaží se posoudit vztah individuálních, sociálních, kulturních hodnot ke zdraví a porozumět jim. Bere na vědomí, že existuje celá škála léčení, metod péče a uzdravování. Zdraví je v tomto modelu vnímáno v celé své šíři, výsledný zdravotní stav není jen záležitostí vztahu mezi pacientem a lékařem, ale je i důsledkem aktivity samotného jedince, institucí a sociálních skupin (Holčík, Káňová, Prudil, 2005).

Behaviorální model zdraví zdůrazňuje chování lidí pro zdraví, které se snaží využít zjištěných poznatků ke zvyšování kvality života a ke zlepšení zdraví. Důraz klade na osobní zodpovědnost jedince za svoje vlastní zdraví, ale i aktivní účast nemocných jedinců při odstraňování špatných návyků, nezdravého způsobu života (Pelcák, 2013).

Antonovský (1985; in Kebza, 2005) přistupuje ke zdraví svojí koncepcí „**salutogeneze**“, z latinského „*salus*“ – zdraví a z řeckého „*genesis*“ – vznik, původ. Salutogeneze je proces, který vede k rozvoji, podpoře zdraví, jeho upevnění, prevenci a obnově jeho narušení. Jeho koncepce klade velký důraz na pozitivně založené činitele, které ovlivňují zdraví tzv. salutory oproti vlivu patogenů, které se podílejí na vzniku onemocnění. Jeho pojetí vychází z vlastních poznatků o lidech, kteří byli věznění

v koncentračních táborech. Tito lidé se různě vyrovnávali s těmito prožitými zkušenostmi. Způsob vyrovnávání je ovlivněn podle této koncepce smyslem pro integritu.

2.3 Determinanty zdraví

Jak uvádí Čeledřová a Čevela (2010), jsou základní determinanty zdraví faktory, které mají komplexní vliv na zdraví jedince. U člověka působí na zdraví řada těchto faktorů buď přímo, nebo nepřímo, nicméně jsou vždy ve vzájemné interakci. Jedná se o působení pozitivní, které posiluje a chrání zdraví, nebo negativní, které vede k poruše zdraví. Podle možnosti ovlivnění faktorů uvádějí následující dělení na **faktory individuální**, kam řadí způsob života, osobní chování a životní styl, a **faktory prostředí**, kam spadá životní prostředí, zdravotní péče a socioekonomické prostředí.

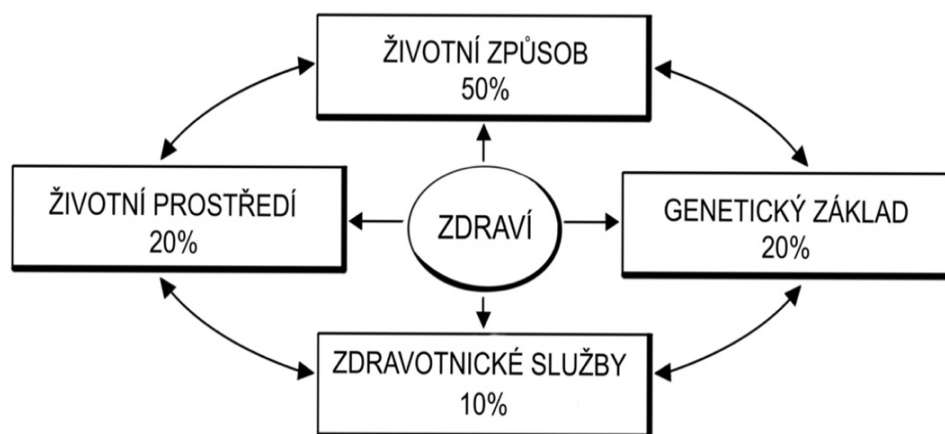
Machová, Kubátová a kol. (2015) v publikaci *Výchova ke zdraví* člení determinanty zdraví na **vnitřní** a **zevní**. K zevním přiřazují životní styl, životní prostředí a zdravotnické služby. Genetickou výbavu řadí do vnitřních determinant zdraví. Vzájemné vztahy mezi jednotlivými determinantami a odhad jejich podílu na působení na zdraví jedince se shodují s níže uvedeným schématem od Holčíka, Káňové a Prudila (2005).

Janečková a Hnilicová (2009) upozorňují, že životní styl jedinců, komunit a vrstev společnosti souvisí se sociálními determinantami zdraví. K těmto determinantám řadí dosažené vzdělání, příjem, pracovní pozici, úroveň bydlení, místo bydliště, společenské změny a existenci sociálních opor.

Wilkinson (1996; in Janečková a Hnilicová, 2009) uvádí, že vyskytují-li se v rámci společenských vrstev velké nerovnosti (například sociálně vyloučené skupiny, nízká společenská soudržnost), jsou ukazatele zdravotního stavu významně horší.

Holčík, Káňová a Prudil (2005) znázorňují ve schématu níže čtyři základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví jedinců v procentech. Postupně se ukazuje, že vliv zdravotnictví je menší, než se uvažovalo dříve (10 %). Mnoho studií prokázalo vliv genetických faktorů na lidské zdraví (20 %), také životní prostředí s jeho sociálními a přírodními faktory se podílí (20 %), ovšem převládající vliv mají faktory životního způsobu (50 %). Ve schématu jsou uvedená procenta míněná orientačně, v různých situacích mohou mít na zdraví lidí odlišný vliv. Ze schématu můžeme vyčíst, že životní prostředí a životní styl ze 70 % ovlivňují velkou část zdraví lidí, a přesto se této oblasti věnuje pouze malá pozornost.

Níže zobrazené schéma neuvádí ekonomiku a politické klima, v širším slova smyslu je chápeme jako součást životního prostředí. Tyto faktory určují, jaké jsou skutečné možnosti jedinců v péči o své zdraví (dostupnost kvalitních potravin, dosažitelné vzdělání apod.). Zdravotní osud může být odlišný i mezi lidmi žijícími v přibližně stejných sociálních podmínkách, ale majícími jinou společenskou roli. Hovoříme o zdravotních rozdílech mezi muži a ženami, kterým se v posledních letech věnuje větší pozornost než dříve (Holčík, Káňová a Prudil, 2005).



Obrázek 1. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech
(upraveno podle: Holčík, Káňová, Prudil, 2005, s. 19)

2.4 Zdravotní gramotnost

Definice zdravotní gramotnosti z materiálu Světové zdravotnické organizace z roku 1998 je následující: „*Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví*“ (Holčík, 2010, s. 154).

Ratzan (2001) uvádí, že termín *zdravotní gramotnost* použil poprvé v roce 1974 Simonds v dokumentu s názvem „*Výchova ke zdraví jako sociální politika*“. Zdravotní gramotnost je zde popisována jako výchova ke zdraví stanovující minimální standardy pro všechny úrovně školního vzdělávání. Ukazuje to na spojitost se vzdělávacím systémem, jehož selhání je nutně spojeno se špatnou zdravotní gramotností. Tento problém narůstá spolu s rozvojem zdravotnictví a větší mírou zodpovědnosti v péči o sebe samého, která je kladena na každého jedince.

Kickbush et al. (2013) upozorňují, že odborné společnosti jsou v 21. století konfrontovány s paradoxní situací v rozhodování ohledně zdraví. Na jedné straně jsou lidé stále více vyzýváni k tomu, aby volili zdravý životní styl, proplouvali sami i se svou rodinou složitými zdravotními systémy. Na tyto úkoly ale nejsou připravováni, ani v nich podporováni. Takzvaná moderní společnost také často preferuje životní styl, který není právě zdravý. Zdravotnické systémy jsou stále složitější a orientace v nich není jednoduchá ani pro odborníky. Popsaný paradox vyústil v krizi zdravotní gramotnosti v Evropě.

V letech 2009–2012 byla provedena do té doby největší srovnávací studie zaměřená na úroveň zdravotní gramotnosti v Evropě. Studie „European health literacy survey“ se zúčastnilo 8000 respondentů z 8 evropských zemí (Rakouska, Rumunska, Německa, Řecka, Irska, Nizozemí, Polska a Španělska). Autoři stanovili čtyřstupňovou škálu úrovně zdravotní gramotnosti. Dvě nejhorší úrovně zdravotní gramotnosti byly v souhrnu zjištěny u 47 % respondentů, přičemž tento výsledek se mezi jednotlivými státy podstatně lišil (29–62 %). Ve všech zemích byly rizikovými faktory nízké úrovně zdravotní gramotnosti nízký ekonomický a sociální status, nízká úroveň dosaženého vzdělání, vyšší věk a přítomnost chronického onemocnění. Ze studie vyplývá, že sociální úroveň jako důležitý faktor ovlivňující zdravotní gramotnost cílové populace musí být zohledněna při plánování strategií podpory veřejného zdraví v Evropě (Sørensen et al., 2015).

2.4.1 Modely zdravotní gramotnosti

Dle Holčíka (2010) se můžeme setkat v odborné literatuře s mnoha definicemi, které se postupně vytvářely přibližně od začátku 90. let. Pro lepší definování a vysvětlení zdravotní gramotnosti jsou používány modely, které se zaměřují na strukturu, dynamiku, možnost měření, hodnocení a návaznost na další pojmy zdravotní gramotnosti.

Hlavní komponenty zdravotní gramotnosti si nejsnáze znázorníme pomocí modelů. Nejčastěji se v odborné literatuře setkáme s *tříúrovňovým modelem zdravotní gramotnosti*, např. dle D. Nutebama (2000) následovně:

Funkční zdravotní gramotnost je modelem tradiční zdravotní výchovy založené na pasivním seznamování jedinců se zdravotními riziky, opatřeními pro předcházení nemocem, učí, jak se orientovat ve zdravotním systému. Kromě benefitu pro jednotlivce přináší užitek celé populaci ve smyslu dodržování doporučení zdravotníků. Nevýhodou je pasivní přijímání doporučení jednotlivci bez posilování samostatnosti, např. v řešení nestandardních zdravotních situacích, informační kampaně, brožury.

Interaktivní zdravotní gramotnost naproti tomu vede jednotlivce k samostatnosti v jednání, posiluje jejich motivaci a odpovědnost v podmínkách podpory okolím. Tento typ zdravotní gramotnosti se rozvíjí zejména v posledních 20 letech. Přináší benefit opět především jednotlivci. Příkladem jsou některé moderní školní vzdělávací programy rozvíjející osobní a sociální dovednosti. Na rozdíl od výše uvedeného modelu funkční gramotnosti je v interaktivním modelu zdravotnický pracovník spíše partnerem či konzultantem.

Kritická zdravotní gramotnost rozvíjí schopnosti týkající se individuálního chování i sociálních a politicky orientovaných činností. Výsledkem je schopnost vytvářet zdravotně příznivé sociální prostředí. Zdravotní výchova zde poskytuje informace, rozvíjí komunikaci o zdraví a také rozvíjí schopnost posoudit organizační a politickou realizovatelnost opatření ovlivňujících sociální, ekonomické determinanty zdraví. Role jednotlivce je v tomto modelu aktivní a tvůrčí. Tento model zdravotní gramotnosti obvykle přináší benefit pro celou společnost (Nutbeam, 2000).

Holčík (2010) popisuje další často uváděný model zdravotní gramotnosti podle amerického ministerstva zdravotnictví, který vychází z *rozdělení zdravotnických informací* na tři následující skupiny:

- **Osobní zdravotní dimenze** – obsahuje informace, které napomáhají k upevnování a ochraně zdraví člověka a k jeho rozhodování ve zdravotnickém systému.
- **Zdravotnická dimenze** – tyto informace se zaměřují zejména na zvyšování kvality a hospodárnosti poskytovaných služeb ve zdravotnictví a jsou určeny pro zdravotnické pracovníky.
- **Populační dimenze** – informace, které zahrnují údaje o zdravotním stavu populace, o možnostech zlepšení zdraví, determinantách zdraví a jsou dostupné veřejnosti.

Zájmy odlišných skupin nalezneme v každé uvedené dimenzi zdravotní gramotnosti a z tohoto důvodu jsou vydávány různé prostředky na jejich prezentaci, získávání a zpracování. Je patrné, že výše uvedené dimenze se v každodenním životě překrývají a nejsou jednoznačně oddělené (Holčík, 2010).

2.4.2 Zdravotní gramotnost u dětí

Podle Holčíka (2010) má zdravotní gramotnost své kořeny ve výchově v rodině, kde si děti osvojují základní dovednosti, rozvíjí se u nich postupně zdravotní návyky, modifikuje se jejich chování, zde dostávají prvotní zdravotní informace a pokyny. Mnoho studií dokládá důležitost rodičovského vzoru, obzvláště matky a jejího vzdělání. V rozvojových zemích poukazují výzkumy na fakt, že pouhé 3 roky základního vzdělání žen snižuje kojeneckou úmrtnost o 15 % a u mužů s obdobným vzděláním dochází k poklesu pouze o 6 %. Někdy dochází i ve vyspělých státech, kde je téměř stoprocentní gramotnost, k tomu, že si některé děti předškolního věku neosvojí základní hygienické návyky. Ve společnosti se mohou časem dostat do situace, kdy si neváží svého zdraví, samy sebe, vzdělání a svého života. Důležité je formování osobnosti potenciálně zdravého člověka v širších souvislostech a nepodceňování výuky týkající se zdravotní výchovy. „Škola podporující zdraví“ (Health Promoting School) je toho nejlepším příkladem.

2.5 Podpora zdraví

Machová, Kubátová a kol. (2015) upozorňují, že podpora zdraví (health promotion) se stává významným prvkem v péči o zdraví a zahrnuje v sobě snahy o zlepšení celkové úrovně zdraví, a to jak zvyšováním odolnosti vůči nemocem, tak posilováním tělesné, psychické a sociální pohody. Aktivní účast jednotlivců, komunit, skupin, organizací a společnosti jako celku je důležitým předpokladem pro podporu zdraví. Jednotliví občané mohou podporovat svoje zdraví přijetím péče o životní prostředí a zdravým životním způsobem. Společnost podporuje zdraví tím, že vytváří podmínky pro uskutečnění životního stylu jednotlivcům a tvoří a chrání životní prostředí. Nesmíme opomenout, že důležitá role připadá v podpoře zdraví ženám. Ženy formují úroveň zdraví své rodiny, obzvláště v oblasti výživy, péče o dítě, učí děti hygienickým návykům a vztahu ke zdraví.

Podle Kebzy (2005) se podpora zdraví začala postupně formovat na počátku 70. let 20. století jako reakce na:

- malou účinnost klasických postupů zdravotní výchovy;
- zvyšující se nespokojenost se zdravotní péčí, která vyžaduje vyšší náklady;
- nárůst neinfekčních chronických onemocnění, které jsou podmíněné životním způsobem;
- rozvoj behaviorálních věd a uplatnění jejich poznatků v lékařské sféře;

- zdokonalení možností komunikace a rozvoj občanských iniciativ a hnutí.

Čeled'ová a Čevela (2010) představují pět základních principů, ze kterých vychází podpora zdraví:

- soustřeďuje se více na populaci a na podmínky její existence nežli na dané populační skupiny lidí vystavené vyššímu riziku nemoci;
- zaměřuje se obzvláště na opatření postihující determinanty zdraví i nemoci;
- používá různé převážně komplementární, tzv. doplňkové, postupy a metody;
- usiluje o účast veřejnosti;
- obzvláště v základní zdravotní péči mají zdravotničtí pracovníci důležitou roli v rozvoji a uplatnění podpory zdraví.

Holčík, Žáček a Koupilová (2007) znázornili **vztah podpory zdraví a prevence**, kde prevence je umístěna blízko nemoci, jedná se o negativní koncept – tzv. proti nemocem, oproti tomu podpora zdraví (health promotion) představuje pozitivní koncept – tzv. pro zdraví. Z obrázku 2 níže vyplývá jednoznačně, že prevence a podpora zdraví postupují společně ruku v ruce ke zdraví. Vztah mezi podporou zdraví a prevencí je doplňkový. Smyslem je rozvinutí jak aktivit, které napomáhají rozvoji a zlepšení zdraví, tak i k prevenci.



Obrázek 2. Prevence a podpora zdraví
(upraveno podle: Holčík, Žáček, Koupilová, 2007, s. 114)

Podpora zdraví získala celosvětovou oporu v roce 1986 uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě, na které byla přijata Ottawská charta. Díky této chartě se začlenila podpora zdraví jako nástroj změn v systému péče o zdraví do sociálně medicínských, občanských a politických aktivit. Podpora zdraví není vnímána pouze jako

záležitost změn ve zdravotnictví, ale jedná se o podporu, upevňování, posilování, ochranu a rozvoj zdraví za účasti společnosti, jednotlivců, skupin a organizací (Čeledřová, Čevela, 2010).

2.5.1 Podpora zdraví ve škole

Zdravá škola je podle Svobodové (1998) škola podporující zdraví, která je v procesu neustálého zdokonalování. Jedná se o název projektu, kdy jeho myšlenka vznikla v Evropském úřadu Světové zdravotnické organizace v Kodani jako součást programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Česká republika se stala součástí projektu zdravé školy od roku 1991 v součinnosti se Světovou zdravotnickou organizací.

Podstatou projektu „**Školy podporující zdraví**“ je výchova dětí ke zdravému životnímu stylu, která v sobě zahrnuje orientaci na životní styl celé komunity, obce. Dále sem řadí chování podporující zdraví a vytvoření zdravého prostředí ve školách včetně kultivace vztahů uvnitř dané školy a v neposlední řadě vzájemnou spolupráci se sociálními a odbornými partnery, obzvláště s rodiči (Svobodová, 1998).

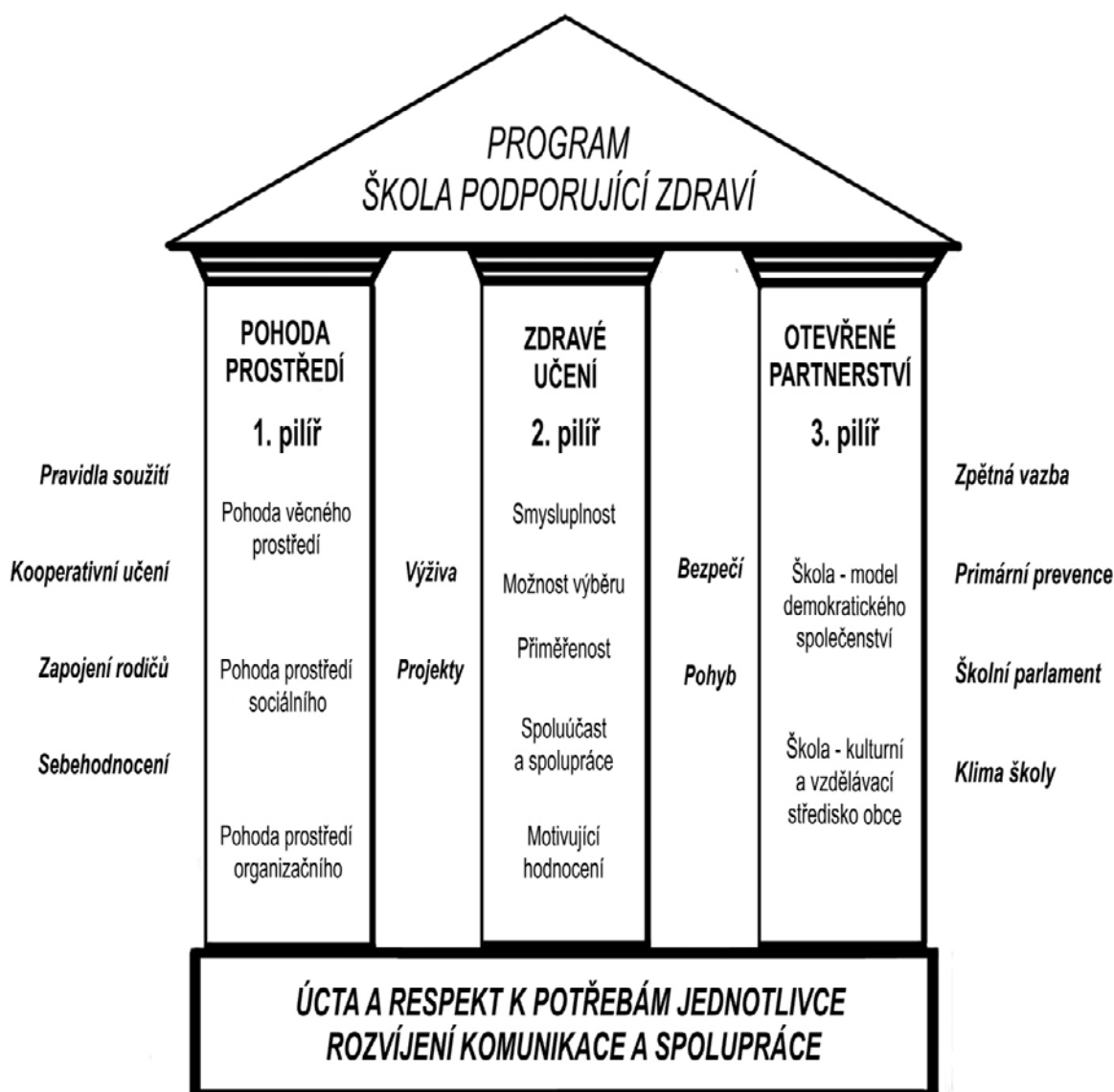
Dle Havlínové a kol. (1998) školy podporující zdraví sdílí „**filozofii interakčního pojetí zdraví**“, které bere v úvahu vzájemnou propojenost jednotlivých složek zdraví ve třech interakčních soustavách. Jedná se o složku *individuální, komunitní a globální*. V individuální soustavě je zdraví propojeno se všemi složkami lidského jedince. Ten je tvořen organismem (představuje naše tělesné zdraví), strukturou psychických funkcí (duševním zdravím) a osobností zahrnující duchovní a sociální zdraví. U komunitní soustavy je zdraví jedince provázáno se zdravím komunity, ve které daný jedinec žije nebo pracuje, a v poslední, globální soustavě je zdraví jedince spojeno se zdravím jednotlivých společenství, ve kterých jedinci žijí nebo pracují. Dochází zde k propojení se zdravím světa.

Holčák (2010) shrnuje ve své publikaci Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost hlavní principy „**Školy podporující zdraví**“:

- dítě se má učit vážit si sebe sama i svého zdraví;
- dítě se má naučit rozhodovat a nést osobně důsledky svých rozhodnutí;
- dítě si má vážit vzdělání a mít radost z nových poznatků;
- dítě má chápat propojení činností směřujících ke zdraví a jejich sepětí se snahou společností rozvíjet se a hájit si svou existenci;

- nejvýznamnějším nástrojem výchovy je být vzorem pro dítě a mít opravdový zájem o jeho zdraví.

Nejedlá a kol. (2015) uvádí tři hlavní pilíře, na kterých je postaven projekt „Školy podporující zdraví“. První pilíř je pohoda prostředí, druhý zdravé učení a poslední, třetí pilíř je otevřené partnerství. Strukturu projektu s jeho pilíři a zásadami zobrazuje následující obrázek 3.



Obrázek 3. Pilíře a zásady programu Škola podporující zdraví
(upraveno podle: Nejedlá a kol., 2015, s. 26)

3 POSTOJE

Podle etymologického anglického slovníku (Skeat, 1911, s. 30) pochází pojem postoj – „*attitude*“ z italštiny „*attitudine*“. Pojem postoj se objevuje počátkem 18. století v evropských jazycích. V malířském žargonu byl používán při výtvarném zobrazení k označení polohy těla. V pozdější době pronikl v podobném významu do dramatické tvorby. Do vědeckého prostředí se dostal prostřednictvím práce Charlese Darwina „*Výraz emocí u člověka a zvířat*“, která byla publikovaná v roce 1872. Na počátku 20. století se dostávají do popředí postoje v nově vzniklé vědní disciplíně – sociální psychologii (Výrost, Slaměnik, 2008). Byli to W. J. Thomas a F. Znaniecki, kdo zavedli „postoj“ do oblasti sociální psychologie a sociologie (Nakonečný, 2009).

3.1 Definice postoje

Eagly a Chaiken (1998; in Hewstone, Stroebe, 2006, s. 283) popisují definici postoje následovně: „*Postoj je psychologická tendence vyjádřená hodnocením určité entity s určitou mírou souhlasu či nesouhlasu*“.

Objektem postoje jsou jak zcela konkrétní věci (osoby, předměty denní potřeby apod.), tak pojmy abstraktní. Označení postojů se mnohdy odvíjí od objektu, jímž se postoj zabývá. Příkladem negativních postojů ke společenským skupinám jsou **předsudky**, zaujímáme-li určitý postoj vůči své osobě, hovoříme o **sebehodnocení**, **hodnoty** jsou postoje k základním abstraktním entitám (1998; in Hewstone, Stroebe, 2006).

Sociologický slovník (Petrousek a kol., 1996, s. 812) definuje postoj jako „*relativně ustálený sklon jedince chovat se v určité situaci určitým způsobem, případně reagovat pozitivně nebo negativně na podněty s takovou situací spjaté*“.

Fishbein a Ajzen (1975; in Hayesová, 2003, s. 95) definovali postoj jako „*naučené predispozice k celkově příznivé nebo nepříznivé reakci na daný objekt, osobu či událost*“.

Z výše uvedeného příkladu definic je patrné, že jednotné vymezení pojmu postoj dosud neexistuje. Dochází k určité variabilitě v intencích definic postoje, která se odvíjí od teoretických východisek jednotlivých autorů, jejich vědního zaměření a empirických výzkumů.

3.2 Složky postojů

Dle Hayesové (2003) se popisují postoje převážně pomocí tří dimenzí, které dohromady přispívají k celku. Jedná se o dimenzi **kognitivní**, která se vztahuje k myšlenkám a názorům, který má jedinec o předmětu postoje. Dimenzi **emocionální** popisuje jako emoci či emocionální reakci vztahující se k předmětu postoje. Poslední dimenze je **behaviorální (konativní)**, která se vztahuje ke sklonům k jednání či chování k předmětu postoje.

Různé koncepce postojů se liší podle toho, která složka (dimenze) byla autorem zdůrazňována. Nejstarší pohled na postoje byl popisován jako tříložkový model (afektivní, behaviorální, kognitivní), který zformuloval v roce 1947 M. B. Smith se svými spolupracovníky. Pozdější koncepce uvažovaly o převaze dvou, nebo pouze jedné složky. Dvousložkový model sestavil Bagozzi v roce 1978, který bral v potaz pouze složku kognice a emotivity. Jednosložkový model postojů zformulovali v roce 1974, 1975 Fishbein a Ajzen. Podle jejich teorie je postoj ryze emocionální. Vyjadřuje naši náklonnost nebo odklonění vůči předmětu či člověku, ke kterému se vztahuje. Buď je nám něco libé nebo nelibé, nebo máme něco rádi či nemáme něco rádi (Škobrtal, 2012).

3.3 Funkce postojů

Nakonečný (2009) uvádí ve své publikaci Sociální psychologie čtyři hlavní funkce dle Katze z roku 1960:

- 1) **Instrumentální, utilitární nebo adjustační funkce** – negativní postoje si člověk vytváří vůči objektům, které jsou spojovány s očekáváním trestu nebo s trestem samotným, a pozitivní postoje jsou člověkem vytvářeny vůči objektům, které jsou spojené s odměnami.
- 2) **Ego-defenzivní funkce** – postoje chrání osobnost člověka tím, že snižují úzkost nebo kompenzují nízké sebepojetí, kdy dochází k podceňování negativních vlastností, které si člověk připisuje (např. nedostatek důvěry nebo odvahy), chrání člověka před uznáním jeho nepříjemných vlastností, činů a pravd.
- 3) **Hodnotové expresivní funkce** – člověk se může demonstrativně hlásit k postoji, který mu umožňuje odreagovat určitý afekt, vyjádřit jeho sebehodnocení a zasadit se za uskutečnění, například v náboženském nebo politickém životě, které mu pak následovně může přinést uspokojení.

- 4) **Kognitivní funkce** – jedná se o tendenci člověka k utřídění poznatků o sobě samém i o světě, strukturovat svoji zkušenost, nacházet v životě určitý řád, pochopení smyslu událostí a vztahů, které je propojuje.

Hartl a Hartlová (2010) člení základní funkce postojů obdobně jako Katz na následující:

- 1) **Instrumentální** – slouží k vyhnutí se trestu nebo k zajištění prospěchu.
- 2) **Kognitivní** – vytváříme si názory na svět, který nás obklopuje.
- 3) **Hodnotová** – odráží sebepojetí a vyjadřuje naše hodnoty.
- 4) **Ego-obranná** – slouží k ochraně před úzkostí a ohrožení sebeúcty.
- 5) **Sociálně-adjustační** – pomáhá nám k vytváření pocitů sounáležitosti.

3.4 Postoje a chování

Kohoutek (1998) popisuje, že postoje nejsou vrozené, člověk se jim v průběhu svého života učí od ostatních lidí. Utváření postojů probíhá v rámci skupin, jichž je člověk během života součástí. Působí jako kontrolní a filtrující orgán. Proto také informace, které si předáváme, nejsou zcela totožné s pochopenými informacemi. Mnohdy si přejeme být přijímáni určitým jedincem nebo skupinou, a proto se často přizpůsobujeme postojům jiných. U dětí mají postoje obecný charakter, až později dochází k jejich diferenciaci a seskupování, k integraci. Postoje mají určitý vliv a intenzitu na konání lidí, ovlivňují také naše chování kladně či záporně, výrazně nebo nevýrazně.

Známý výzkum v oblasti vztahu postojů a chování provedl v roce 1934 R. Lapiére. Cestoval s dvojicí Číňanů po Spojených státech a žádal o ubytování a obsluhu v různých ubytovacích zařízeních a restauracích. I přes tehdy rozšířené předsudky vůči Číňanům byli obslouženi ve více než 90 % provozoven. S odstupem 6 měsíců se Lapiére dotazoval navštívených zařízení, zda by obsloužili a ubytovali čínské hosty. Dostalo se mu téměř u všech negativní odpovědi, že přijati nebudou. Tím dokázal, že verbálně vyjádřené postoje se mohou výrazně odlišovat od postojů, které můžeme odvodit z našeho chování. Souvislost mezi postoji a chováním není dodnes zcela objasněna (Hayesová, 2003).

Ajzen (1988; in Hayesová, 2003) nesouhlasil s tvrzením Lapiéra a zastával názor, že se lidé chovají v souladu se svými postoji. Postoje se podle jeho názoru mohou lišit svou globálností či konkrétností. V provedeném výzkumu Lapiéra byla hoteliérům položena hodně obecná otázka, která odhalila jejich zaujatý postoj, ovšem když se trojice

badatelů ocitla přímo u jejich dveří, jednalo se o konkrétní situaci, která se vztahovala k určitým dvěma lidem, a ne „Číňanům“ obecně. Právě tento rozdíl byl pravým důvodem ke zřetelnému rozporu mezi postoji a chováním.

Herkner (1991; in Nakonečný, 2009) popisuje nepoměr mezi postoji a způsobem chování. Vysvětluje ho tím, že chování je závislé na naučených anebo z jiné příčiny vytvořených důsledcích chování (odměn, trestů). Podle jiných autorů může nastat disproporce mezi postoji a potřebami. Pokud se jedinec ocitne v nouzi, může se vzdát svých původních postojů, které zastával. Například u dlouhodobého hladovění může jedinec ukrást jídlo, ačkoliv má odpor ke krádežím. Dochází tedy dočasně ke změně původních postojů.

3.5 Techniky měření postojů

Dle Hayesové (2003) přináší měření postojů řadu problémů. Jedním možným problémem je sociální žádoucnost, která může ovlivnit odpovědi respondentů. Lidé neradi vyjadřují své opravdové postoje, pokud si myslí, že s nimi někdo nebude souhlasit. Z tohoto důvodu mají lidé snahu zjistit, co by výzkumník chtěl, aby odpověděli, místo toho, aby skutečně vyjádřili svůj postoj. Odpovědi v dotaznících tak bývají často zkreslené. Další možný problém může být spatřen v uspořádání otázek. Respondenti se někdy v dotazníku snaží nalézt odpovědi, o kterých si myslí, že by se pro danou situaci hodily, a neuvědomují si přitom složitost a souvislost svých postojů. Také výklad vyjádření postojů není jednoznačnou a jednoduchou záležitostí. Další obtíže můžou nastat při měření síly nebo stupně postoje. Řada výzkumů předpokládá, že lze zjistit přesně sílu nebo stupeň postoje. Přesné měření je ovšem ve skutečnosti dosti obtížné. Postoje můžeme měřit několika technikami. K těmto technikám patří Likertova škála, sémantický diferenciál, sociometrie, Bogardova škála sociální vzdálenosti a analýza rozhovoru.

Likertova škála

Stala se užitečnou pomůckou pro výzkum postojů a názorů lidí. Patří k jedné z nejspolehlivějších technik výzkumu měření postojů. Tuto pětibodovou škálu, která zjišťuje obsah a přibližnou sílu postoje, sestavil v roce 1932 R. Likert. Je složena z výroků: od „zcela souhlasím“, přes „nevím“ ve středu, až po „zcela nesouhlasím“, které je umístěno na opačné straně (Hayesová, 2003).

Sémantický diferenciál

Metodu sémantického diferenciálu vytvořil v roce 1957 americký profesor C. Osgood. Pomocí posuzovacích škál jsou měřeny individuální významy pojmů (nejčastěji je volena sedmibodová škála). Na těchto škálách zaznamenávají respondenti svoje mínění výběrem konkrétního bodu. Krajiní body u posuzovacích škál jsou vždy tvořeny dvojicí adjektiv, které jsou protikladného významu. Podle Osgooda by se měl každý pojem posuzovat podle tří faktorů: **faktor potence, faktor hodnocení a faktor aktivity**. Faktor potence se dá interpretovat jako síla pojmu, faktor hodnocení jako dobro nebo zlo pojmu a faktor aktivity ve vztahu pojmu ke změnám a k pohybu. Pokud určíme všechny tři faktory u konkrétního pojmu, tak podle autora této metody určíme jeho psychologický individuální význam. Za sémantický prostor se považují body trojdimenzionálního prostoru, které představují grafické znázornění významu jednotlivých pojmů (Chráska, 2016).

Sociometrie

V roce 1934 vytvořil J. L. Moreno techniku zkoumání sociálních vztahů uvnitř „přirozené skupiny“. Tuto techniku lze použít také u skupin, jejichž členové pracují na společném úkolu. Na základě výpovědí jednotlivých členů, kteří označí svého preferovaného partnera, přítele a vůdce při určité činnosti, se sestaví sociogram (Hayesová, 2003). Podle Chrásky (2016) jsou sestavené sociogramy „mapami“ neformálních vztahů mezi členy v sociálních skupinách. Tato metoda je vhodná při maximálním počtu deseti až patnácti členů skupiny, kvůli přehlednosti a čitelnosti. Sociogramy lze zhotovit v různých variantách: kruhové, individuální, strukturální, hierarchické, terčové, dvojrozměrné.

Bogardova škála sociální vzdálenosti

Tato škála, kterou vytvořil v roce 1925 Bogardus, je určena k měření rasismu a jiných etnických předsudků. Škála je složena z výroků, které mají představovat, jakou „sociální vzdálenost“ respondenti pocítují mezi jinými skupinami a také mezi sebou. Výpovědi ukazují, jaký je vztah se členy těchto skupin a jak moc blízký kontakt by respondent akceptoval či toleroval (Hayesová, 2003).

Analýza rozhovoru

Při této metodě využívají badatelé přepisy nebo si pořizují nahrávky, na základě kterých označí klíčové výroky a slovní spojení. Analýza rozpravy nám umožňuje identifikovat metafory, hlavní témata nebo modely, které se vyskytují v konverzaci. Tato výzkumná metoda výpovědi se v kvalitativním výzkumu teprve postupně vyvíjí, existuje dosud jen málo konkrétních metod (Hayesová, 2003).

3.6 Postoje v dospívání

Podle Taxové (1987) se rozvíjí postoje v období dospívání velice prudce a intenzivně, zasahují do veškerých životních událostí: učení, práce, volného času, umění, zábavy, kultury mezilidských vztahů apod. Postoje vyjadřují, k čemu dávají dospívající přednost, co odsuzují, co je příjemné a co nepříjemné, co oceňují apod. V tomto životním období jsou postoje velice proměnlivé, ovlivnitelné a tvárné na rozdíl od období dospělosti, kdy jsou postoje relativně stabilní, ale neznamená to, že jsou neměnné. Adolescenti mají sklon k radikalismu vlivem nedostatku životních zkušeností a snahou ke všemu zaujmout vlastní postoj.

4 DOSPÍVÁNÍ

Historický obraz tohoto vývojového období (dospívání, adolescence) odpovídá celkovému pohledu na člověka. Filozofové starověkého Řecka se již zmiňovali o adolescenci jako samostatném období v životě člověka. V období středověku nebyl vnímán přechod mezi dětstvím a dospíváním, dítě se tak rovnou stalo dospělým. Pohlavní zralost byla kritériem, které bylo vnímáno jako brána dosažení dospělosti bez možnosti svobodné volby partnera, vyznání nebo povolání. Nový pohled na toto období lidského života přinesla ve 14.–17. století renesance a obzvláště později období osvícenství v 18. století. Škola přestávala být pod vlivem církve a stala se světskou záležitostí. Marie Terezie v roce 1774 zavedla povinnou školní docházku, tím se změnilo i celkové postavení dítěte ve společnosti (Sobotková a kol., 2014).

4.1 Periodizace dospívání

Podle Vágnerové (2000) je období dospívání přechodnou fází mezi dětstvím a dospělostí, která začíná zhruba v 11 letech a končí ve 20 letech dosažením dospělosti. Období dospívání rozděluje na období *rané* (11–15 let) a *pozdní adolescence* (15–20 let). Ranou fází dospívání označuje jako období *pubescence*.

Macek (2003) popisuje období adolescence na *časnou* (od 10–11 do 13 let), *střední* (14–16 let) a *pozdní* (17–20 let i déle).

Langmeier a Krejčířová (2006) dělí období dospívání na *první období – pubescence* (11–15 let), a *druhé období – adolescence* (15–22 let). První období pubescence se člení na fázi *prepuberty a fázi vlastní puberty*. Fáze prepuberty má začátek s nástupem prvních pohlavních znaků dospívání a urychlení růstu. Končí u dívek nástupem menarche a u chlapců první noční polucí. Tato vývojová fáze trvá u dívek asi od 11 do 13 let a u chlapců probíhá přibližně fyzický vývoj o 1–2 roky později. Vlastní puberta má nástup po dokončení předchozí fáze prepuberty a trvá do dosažení schopnosti reprodukce, většinou od 13–15 let. Druhé období adolescence je obdobím plné reprodukční zralosti a zpomalováním tělesného růstu.

Binarová (2008) člení období dospívání na fázi *prepuberty, puberty a adolescenci*. Prepuberta začíná u dívek zhruba v 10 letech, u chlapců kolem 11 let. Fáze vlastní puberty u dívek nastupuje přibližně ve 12,5 letech a u chlapců ve 13 letech. Období adolescence má počátek u dívek kolem 16. roku a u chlapců okolo 17 let.

Období dospívání je periodizováno autory různě. Dále se budeme věnovat detailněji období prepuberty a puberty, do které spadá období žáků druhého stupně základní školy.

Vycházet budeme z dělení Binarové (2008).

4.2 Charakteristika dospívání

Somatický vývoj

Po somatické stránce dochází v prepubertě k růstovému skoku, kdy chlapci vyrostou až o 22 cm. Růstová akcelerace není v souladu s psychickým vývojem, tělesný vývoj předstihuje vývoj psychický. U obou pohlaví se začínají objevovat druhotné pohlavní znaky vlivem zvýšené produkce pohlavních hormonů a zvyrazňují se intersexuální rozdíly. Sexualita je u chlapců zaměřena autoeroticky, kdy sexuální pud je intenzivnější než u opačného pohlaví a jeho působení obtížněji potlačují. Dívky mají sexuální pud více ambivalentní, difuzní, lépe ho zvládají a transformují do jiných činností. Po biologické stránce končí toto období u dívek nástupem menarche a u chlapců prvními ranními polucemi (Binarová, 2008).

V období puberty dochází již k vyrovnávání rozdílu mezi tělesným a psychickým vývojem, kdy se fyzický růst zpomaluje a rozvíjí se zejména funkce psychické. Dítě se stává biologicky zralým, schopným reprodukce (Binarová, 2008).

Motorický vývoj

V prepubertálním věku způsobuje akcelerace růstu zhoršení fyzické výkonnosti, přechodné neobratnosti a nekoordinovanosti pohybů, obzvláště u chlapců. Mohou se objevit obtíže při tělesné výchově. U jemné motoriky dochází ke křečovitosti, která se může projevit ve zhoršení psaného projevu (Binarová, 2008).

Ve fázi puberty má tělo tvar dospělé podoby, ačkoliv růst ještě pokračuje do dalšího vývojového období. Dochází ke zpomalování růstu končetin, vyvažování tělesných proporcí, mohutnění svalů a růstu vnitřních orgánů. Zlepšuje se pohybová koordinace a obratnost zejména u chlapců. Dívky zvládají i obtížnější koordinaci těla a mohou dosahovat špičkových sportovních výkonů (Binarová, 2008).

Kognitivní vývoj

V oblasti poznávacích procesů dochází v období prepuberty na jedné straně ke zdokonalování a zpřesnění schopnosti odlišení podnětů a na straně druhé k zhoršení

registrace podnětů, která je ovšem přechodná a je pod vlivem emoční lability a vyšší nepozornosti. V oblasti myšlení nastává přechod od konkrétních operací k abstraktnímu myšlení, které se dokončuje v další vývojové etapě. Jedinci začínají vytvářet formální operace, kdy jsou schopni operovat s výroky, které nemusí být součástí jejich reality, vyvozují logické závěry a usuzují hypoteticko-deduktivně. Dívky bývají oproti chlapcům zdatnější ve slovních projevech, více se orientují na vzdělání jazyků. Chlapci podávají lepší výkony při řešení prostorových a početních problémů (Binarová, 2008).

Vágnerová (2000) popisuje v období puberty dvě obranné reakce, které jsou vyvolány celkovou nejistotou dospívajícího. Jedná se o mechanismus kyvadla a úniku do fantazie. V případě mechanismu kyvadla dochází k návratu do nižšího vývojového stádia (regresi), která je dočasná a krátkodobá a umožňuje tak zažít pocit jistoty. Druhým obranným mechanismem je denní snění, kdy únik do fantazie umožňuje odpoutat se od reality a symbolicky zvládnout situaci, kterou nemůže pubescent prožít ve skutečném světě. Tato činnost může být přínosná pro rozvoj nových složek identity.

U chlapců dochází v období puberty k problémům s produkcí tónu, kdy hlas klesá o více jak jednu oktávu. Mutace hlasu u nich vyvolává nechuť ke zpívání. Ve fantazijních představách si nahrazují nezrealizované erotické zážitky, dochází k přehrávání a idealizování druhého pohlaví. Dále dochází ke zřetelnému rozvoji logické paměti, která je výběrového charakteru. Myšlení je na úrovni dospělých, zdokonaluje se abstrakce myšlení, ověřuje si stanovené hypotézy, dedukuje. Pubescent se začíná více orientovat na své vnitřní dění, porovnává se s ostatními pubescenty, je si vědom svých nedostatků, které se snaží kompenzovat. Typický je v tomto období radikalismus neboli nekompromisnost, objevuje se u nich tendence vytvářet unáhlené a generalizované názory převzaté od jiných lidí, ke kterým pocítují sympatie. Myšlení se dále vyznačuje racionalismem, kdy lpí v jednání lidí na rozumových zdůvodněních a neberou v potaz emoční důvody (Binarová, 2008).

Citový vývoj

V období prepuberty je zřetelná emoční labilita, emoce vznikají náhle, bývají krátkodobého, prudkého rázu a rychle se střídají. V chování se dospívající více zaměřují na sebe sama. Často dochází k výbušnosti i při malém podnětu se objevuje vztek, smutek nebo smích. Jejich tělesná proměna jim způsobuje emoční zmatek, může dojít i ke snížení sebedůvěry. V této vývojové etapě začínají být citlivější vůči kritice a nespravedlnosti, která přichází ze strany rodičů (Binarová, 2008).

U pubescentů postupně ustupuje emoční labilita, uvolňuje se emoční vázanost vůči rodičům, k rodičům neprojevují přílišnou vřelost a chování rodičů hodnotí více racionálně. Mají potřebu navazování vztahů s opačným pohlavím, dochází k prvnímu zamilování, ve kterém si svého partnera idealizují. Rozvíjí se také vyšší city, uvažují o smyslu života, přijímají mravní hodnoty společnosti. K sobě se staví kriticky, emoce k vlastní osobě jsou nevyrovnané (Binarová, 2008).

Sociální vývoj

V prepubertě se uvolňují citové vazby k rodičům, začínají se osamostatňovat od rodiny. Více se sdružují se svými vrstevníky do skupin podle společných zájmů a stejného pohlaví. Vztahy s vrstevníky nejsou často pevné a dochází ke střídání kamarádů a střetům mezi nimi. Kontakt mezi oběma pohlavími je sporadický, někdy averzivní. Je to tím, že dívky bývají vyspělejší ve vývoji a zaměřují se tak na starší chlapce (Binarová, 2008).

Pubescenti touží po nezávislosti, snaží se sami rozhodovat, prosadit své názory, při kterých často dochází ke konfliktům s rodiči. Napodobují některé chování dospělých, kouří, pijí alkohol, mluví vulgárně. V tomto období je velmi silný vliv vrstevnických skupin, ve kterých přejímají skupinové hodnoty a vzory, ztrácí v nich svoji individualitu a cítí podporu svých názorů (Binarová, 2008).

5 ALKOHOL

Podle praktického slovníku medicíny je alkohol chemická látka, která obsahuje hydroxylovou skupinu. Vzniká kvašením cukrů a jeho množství se udává v promile. Konzumace většího množství alkoholu vede k opilosti, při dlouhodobém zneužívání dochází k alkoholismu se závažnými důsledky. Hlavní účinek má na centrální nervový systém, kdy na jedné straně způsobuje euforii a na druhé zhoršuje koordinaci pohybů a ve vysokých dávkách může způsobit silný útlum (Vokurka, Hugo a kol., 2004).

Je hlavní součástí alkoholických nápojů, které provází lidstvo od pradávna. Lidé ho konzumují pro jeho účinky na nervový systém. Pomáhá v navazování společenských kontaktů, k zahnání stresu a nudy, pro dospívající je to způsob, jak být přijat jako dospělý. Míra účinku na nervový systém je ovlivněna množstvím vypitého alkoholu, ale i dalšími faktory. Alkohol se využívá i v jiných oblastech, například v průmyslu jako rozpouštědlo, v lékařství pro své antiseptické vlastnosti (Machová, Kubátová kol., 2015).

5.1 Alkohol v dospívání

Nešpor a Csémy (2003) upozorňují na nebezpečí konzumace alkoholu u dospívajících a dětí, která je více nebezpečná než u dospělých. Játra v dětském věku nejsou schopna v takové míře odbourávat alkohol a roli také hraje nižší hmotnost. V dospívání se vytváří návyk na alkohol velmi rychle a zvyšuje se tak riziko vzniku jaterního onemocnění, onemocnění zažívacího ústrojí, vysokého krevního tlaku, onemocnění nervového systému a duševního onemocnění. V tomto věkovém období může dojít k opilosti nebo k otravě alkoholem i po velmi malých dávkách. Při kombinování alkoholu s běžnými léky nebo psychofarmaky se mohou projevit závažné vedlejší účinky léků. V případě opilosti je také riziko vdechnutí zvratků, otrava alkoholem je provázena následnou zástavou dechového centra. Dochází také k většímu riziku úrazu při sportu, v dopravě či při práci. Narůstá také riziko trestné činnosti, sexuálního zneužití a sebevražd.

5.2 Závislost na alkoholu

Vokurka, Hugo a kol. (2004) popisují alkoholismus jako stav, při kterém je člověk závislý na alkoholu. Rozlišují závislost psychickou a fyzickou. Psychická závislost

je důsledkem trvalé touhy po alkoholu, fyzická závislost se projevuje po odnětí alkoholu abstinenčními příznaky. Závislost má vliv na fyzické a psychické zdraví postiženého a narušuje rodinné a společenské vazby.

V roce 1849 termín alkoholismus poprvé použil švédský lékař Magnuss Huss. Za medicínský problém byl ale považován až o sto let později. Česká republika je dlouhodobě na předních příčkách v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Riziko závislosti s sebou přináší pravidelná denní konzumace u žen vyšší než 18 g a u mužů 20 g přepočteno na stoprocentní alkohol (Popov, 2003).

5.2.1 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je diagnostikován po opakovaném užívání návykové látky, pokud alespoň po dobu jednoho měsíce se neustále nebo opakovaně v kratších etapách vyskytují současně tři nebo více z níže popsaných projevů užívání látky:

- silná touha, bažení („*craving*“) užívat tuto látku;
- neschopnost mít kontrolu nad užíváním látky;
- odvykací stav je doprovázen patofyziologickými projevy typickými pro danou látku;
- časté zvyšování dávek, průkaz tolerance k účinku látky;
- závislý jedinec postupně zanedbává záliby a zájmy nebo je opouští;
- navzdory důkazu škodlivých následků na organismus pokračuje v užívání látky (Raboch, Zvolský, 2001).

5.2.2 Klasifikace závislosti

Klasifikace závislosti na alkoholu podle Jellineka (verze z roku 1960) rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

- **typ alfa (problémové pití)** – lidé pijí často sami, nadměrně užívají alkohol k odstranění nepříjemných pocitů, potlačení úzkostí, depresí;
- **typ beta (společenské pití)** – tito lidé pijí často alkohol ve společnosti, dochází k příležitostnému zneužívání alkoholu s následným tělesným poškozením;

- **typ gama (anglosaský typ)** – lidé upřednostňují destiláty a pivo, navyšuje se u nich postupně tolerance k alkoholu, dochází k poruše kontroly nad pitím, k psychickým a fyzickým poškozením, zřetelná je zde psychická závislost;
- **typ delta (románský typ)** – lidé preferují víno, denně konzumují alkohol, udržují si „hladinku“ bez ztráty kontroly a výrazných projevů opilosti, nápadnější je tělesné poškození a somatická závislost;
- **typ epsilon (kvartální pijáctví)** – lidé pijí nadměrně alkohol v epizodách s obdobími abstinence, nejedná se o příliš častou variantu, kterou občas provázejí afektivní poruchy (Popov, 2003).

Profesor Otto Lesch vytvořil na základě téměř dvacetiletého výzkumu typologii lidí závislých na alkoholu, ve kterém je rozlišil do čtyř typů. Podle jeho teorie mají lidé u každého typu odlišnou biologickou výbavu, různé projevy závislého chování a různou terapii s následnou prognózou:

- **I. typ** – pro tento typ je charakteristické, že lidé pijí kvůli zmírnění abstinenčních příznaků, je zde přítomna silná biologická závislost;
- **II. typ** – patří sem lidé trpící neurózami, konzumace alkoholu je pro tyto jedince podstatnou možností sebemedikace;
- **III. typ** – tento typ se týká převážně depresivních jedinců;
- **IV. typ** – tento typ lidí má společné rysy s obsedantně-kompulsivní poruchou a je podmíněný prostředím a výchovou (Běláčková, 2011).

5.3 Prevence

Průcha, Walterová a Mareš (2003, s. 178) definují prevenci jako „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, poškození, sociálněpatologickým jevům*“.

Prevenci rozlišují podle časového aspektu na primární, sekundární a terciální. **Primární prevence** cílí na celou sledovanou populaci a člení ji na specifickou, která se zaměřuje proti konkrétním rizikům, a nespecifickou, která podporuje žádoucí formy chování. **Sekundární prevence** se zabývá rizikovými skupinami a jednotlivci. **Terciální prevence** se snaží snížit následky nebo pokračování nežádoucího chování u jedinců, u nichž se sledovaný nežádoucí jev již dříve vyskytl (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Podle Machové, Kubátové a kol. (2015) má prevence snahu ve své podstatě předcházet nemocem, zaměřuje se na jedince nebo na celou společnost a navazuje úzce na podporu zdraví. Prevenci dělí podle času nebo podle toho, kdo ji poskytuje. V případě časového hlediska rozlišují prevenci na primární, sekundární a terciální. Primární prevenci vnímají jako součást podpory zdraví, u sekundární a terciální prevence poukazují na aspekt medicínský. Podle poskytovatele člení prevenci na zdravotnickou, společenskou nebo osobní.

Členění prevence podle časového hlediska můžeme spatřit také u dalších autorů, kteří se věnují problematice zdraví, jako je např. Čeledřová a Čevela (2010), Kebza (2005), Holčik Káňová a Prudil (2005). Autoři Holčik, Káňová a Prudil (2005) uvádí kromě časového hlediska i členění podle objektu, subjektu a metod, které člení dále na jednotlivé subkategorie.

Většina lidí vnímá důležitost prevence, uvědomují si, že pravidelné preventivní prohlídky a opatření vedou ke zvýšení kvality života a jeho prodloužení. Ačkoliv víme, že je lepší onemocnět předejít než jimi trpět, někteří lidé přijímají velmi neochotně preventivní opatření nebo je přehlíží. Výchova ke zdraví má proto na školách důležitý úkol ve změně postojů a chování lidí. Místo zaměření na oblast léčení nemocí klade důraz na oblast prevence a podpory zdraví (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Nešpor a Csémy (2003) popisují zvláštnosti prevence v různém věkovém období:

- 1) **Od narození do jednoho roku** – dítě je v tomto věkovém období plně závislé na dospělém člověku, který se o něj stará, ve většině případů se jedná o matku. Pečující a laskavá matka může dítěti v dospělejším věku výrazně pomoci. Z pohledu prevence je velmi důležité uspokojování citových potřeb dítěte s péčí a vřelostí.
- 2) **Od jednoho do tří let** – v tomto věkovém období se začíná dítě postupně separovat od matky a prosazovat se. Myšlení dítěte je nepružné, magické, zaměřené na sebe. Rodiče by měli být v chování klidní a vřelí, měli by dávat svému dítěti najevo, že je v pořádku jeho prosazování, ale že existují i určité hranice.
- 3) **Od tří do šesti let** – dítě postupně poznává širší svět mimo svoji rodinu (sousedy, mateřskou školu, vrstevníky). Rodiče jsou stále pro dítě nejdůležitějšími osobami v jeho životě. Dítě prozkoumává okolí, učí se, co je skutečné a co není, neustále se na něco vyptává. Velice důležité je již u dětí v tomto věku začínat vštěpovat

důležitost hodnoty zdraví. Dítě má pochopit, že okolní svět je plný určitých nebezpečí, a má se učit, jak se jim dá bránit.

- 4) **Od sedmi do dvanácti let** – v tomto věku se dítě učí mnoha užitečným dovednostem. Uspokojuje samo své tělesné i duševní potřeby, zapojuje se do skupin, učí se vycházet se svými vrstevníky, duševně pracovat. O sobě má sklon přemýšlet černobíle, podle měřítek a očekávání druhých lidí. Poskytované informace by měly být v tomto věku velmi konkrétní. Informace je potřeba postupně přeměňovat v pravidla, návyky. S protidrogovou prevencí by se mělo začít právě v tomto období. Účinnost prevence se zvyšuje, pokud je zahájena 2–3 roky před prvním setkáním s drogou.
- 5) **Od třinácti do dvaadvaceti let** – jedinec v tomto období dozrává po tělesné a duševní stránce. Dochází k rozvoji schopností řešit problémy, abstraktně přemýšlet, tvořit hypotézy. Odděluje se od své rodiny, bývá kritický vůči autoritě rodičů. V pozdním dospívání rozhoduje o svém budoucím povolání, navazuje dlouhodobější citové vztahy. Důležitý vliv má v tomto období skupina vrstevníků, která se může vyhybat drogám nebo může mít opačný efekt. Prevence je v dospívání velmi důležitá. Zneužívání drog, alkoholu může vést u dospívajícího jedince k rychlému návyku na danou látku (Nešpor, Csémy, 2003).

5.3.1 Prevence v rodině

Prevence zneužívání alkoholu u dětí má počátek v rodině daleko dříve, než dítě přijde do věkového období, kdy začíná být negativními sociálními jevy ohrožováno. Dítě potřebuje mít v životě jistotu, bezpečí a pevné zázemí. Nespecifická prevence spočívá v celkovém životním stylu rodiny a způsobu výchovy. Ochrana dítěte před nudou a nežádoucím chováním je ve stmelování rodiny prostřednictvím společných aktivit všech členů rodiny – např. hraním her, sporty, výlety, návštěvami památek (Machová Kubátová a kol., 2015).

Nešpor (2004) uvádí následující zásady prevence v rodině:

- získat důvěru dítěte, naučit se naslouchat svému dítěti, snažit se mu porozumět;
- umět mluvit s dítětem o drogách a alkoholu, sehnat si dostatek informací, navodit přátelskou atmosféru;
- předcházet nudě, dát dítěti možnost podílet se do určité míry na rozhodování, zapojení do domácích prací, možnost realizace zálib mimo rodinu (sporty);

- **stanovení zdravých pravidel v rodině:**
 - žádný alkohol a drogy u nezletilých dětí,
 - stanovit sankce za porušení pravidla,
 - neustupovat citovému vydírání svých dětí,
 - kontrolovat své děti,
 - mít víc informací, než mají vaše děti o alkoholu a drogách;
- být vzorem pro dítě a nositelem hodnot;
- pomoci dítěti bránit se špatné společnosti, najít dítěti bezpečné zájmy, kluby, sdružení;
- posilovat u dítěte zdravé sebevědomí;
- spolupráce rodičů navzájem, se širší rodinou, školou, v případě problémů vyhledat odbornou pomoc psychologa, lékaře.

5.3.2 Prevence ve škole

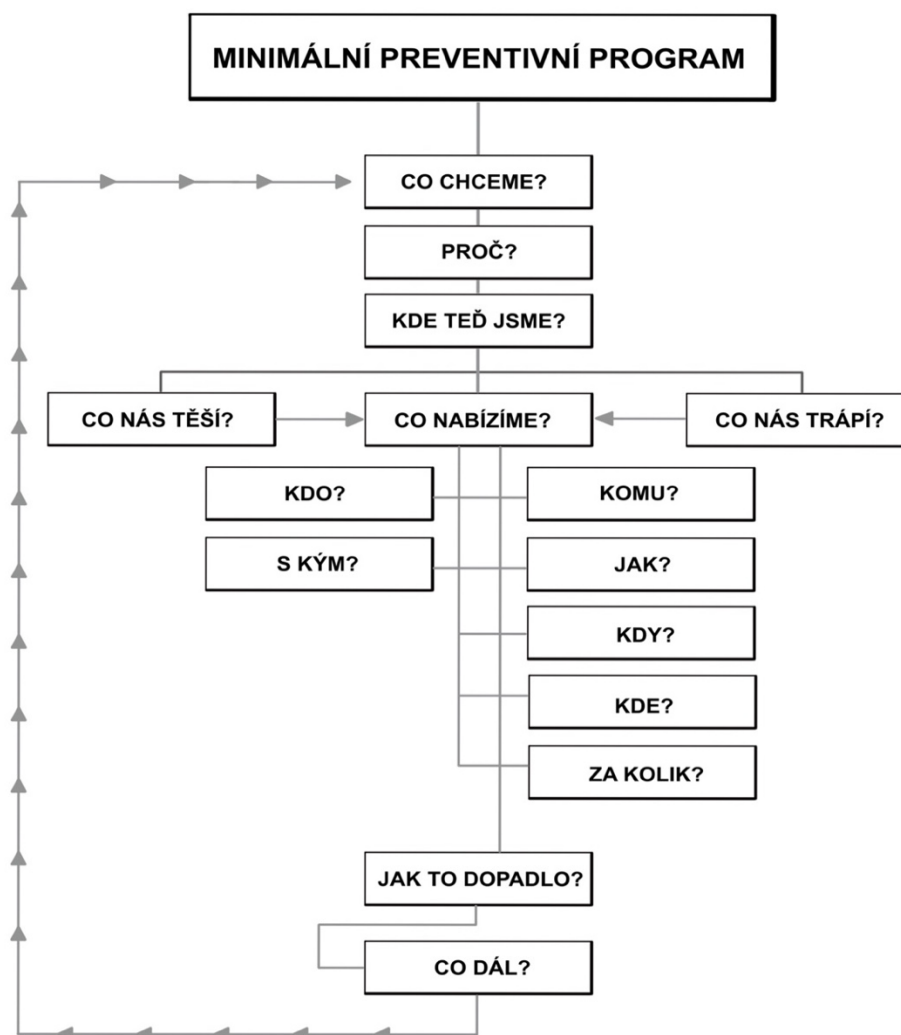
Součástí výchovně vzdělávacího procesu na škole je minimální preventivní program, který je konkrétním dokumentem školy. Školní metodik prevence je zodpovědný za zpracování tohoto dokumentu, který je vypracován na období jednoho školního roku ve spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky. V případě základní školy se vztahuje na děti, které vstupují do školy až po jejich odchod, a prostupuje celým průběhem vzdělávání. Preventivní program musí být v souladu s podmínkami dané školy, rámcovým vzdělávacím programem a školním řádem, dále musí mít definované krátkodobé a dlouhodobé cíle, aby mohl být proveden řádně. Od preventivního programu se očekává, že bude snižovat výskyt rizikového chování a povede u žáků ke schopnosti zodpovědně se rozhodnout. Tento program se zakládá na vlastní aktivitě žáků a jejich zákonných zástupců a také celého pedagogického sboru (Miovský a kol., 2012).

Efektivní protidrogové preventivní programy by měly splňovat, podle řady studií provedených ve Velké Británii a Spojených státech amerických, následující kritéria, která popisuje Hajný (2001):

- musí být dlouhodobý, žák se ho musí účastnit opakovaně po dobu několika měsíců;
- zaměřuje se komplexně na všechny aspekty problému – informace o účincích psychoaktivních látek, rizik na zdraví, příčin užívání, schopnost komunikovat při řešení problémů, rozvoj sebehodnocení, tvořivosti a sebevědomí;
- žáci se aktivně zapojují do preventivního programu, jsou jeho spoluvůrci;

- rodiče jsou informováni, chápou smysl programu a mohou do něj vnést svůj podíl;
- propojení s děním na škole, prací školního metodika prevence, sportovními aktivitami a vyučovacími předměty;
- podpora ze strany pedagogů a rodičů žáků;
- preventivní program vede kvalifikovaný lektor s pedagogickými a odbornými předpoklady.

Podle Miovského a kol. (2012) při vypracovávání minimálního preventivního programu (MPP) musíme vycházet z dostupných zdrojů školy (vnitřních i vnějších). Následující schéma níže zobrazuje podobu tvorby a struktury MPP s otázkami, které jsou nezbytné k zodpovězení.



**Obrázek 4. Schéma tvorby a struktury MPP
(upraveno podle: Miovský a kol., 2012, s. 19)**

6 MEZINÁRODNÍ STUDIE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

V této kapitole se zabýváme studii rizikového chování v mezinárodním měřítku. Dle Macka (2003) je rizikové chování a problémové chování dvojího významu. V prvním případě se může jednat o poškození tělesného a psychického zdraví a ve druhém je spojeno s ohrožením společnosti, její újmou s negativním dopadem.

Rizikové chování dětí a dospívajících bylo a bude součástí každé generace, ve které má svá historická a kulturní specifika. Do určité míry ho můžeme považovat za součást normativního vývoje, které samo ve většině případů po dosažení dospělosti odezní. Ke strmému nárůstu různých forem rizikového chování dochází v období rané adolescence (11–14 let). Význam studií rizikového chování spočívá v monitoraci a informovanosti o rizikových faktorech a rizikovém chování u dětí a adolescentů (Sobotková a kol., 2014).

6.1 HBSC studie

„**Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)**“ je mezinárodní studie, která se zaměřuje na zdraví a životní styl dětí a školáků. Snaží se pochopit zdraví mladých lidí 11letých, 13letých a 15letých v sociálním kontextu – doma, ve školním prostředí, rodinném prostředí a s přáteli, zaměřuje se na faktory, které ovlivňují zdraví v průběhu dospívání. Studie poskytuje cenné informace, které mají důležitý vztah k tělesnému a duševnímu zdraví školáků zejména v oblasti stravovacích zvyklostí, pohybové aktivity, zkušeností s alkoholem, kouření, trávení volného času, úrazovosti apod. Získané poznatky ze studie slouží k monitorování aktuálního životního stylu dětí a mládeže a přispívají tak k tvorbě strategií preventivních programů zaměřených na děti (Madarasová-Gecková a kol., 2016).

Studie vychází ze stanoviska prohlášeného Světovou zdravotnickou organizací, že životní styl a chování v dospělém věku jsou výsledkem postupného vývoje od dětství a dospívání. Mezinárodní systematický výzkum forem chování, které ovlivňují zdraví dětí a mládeže, byl v Evropě iniciován v roce 1982. Program byl následně převzat Světovou zdravotnickou organizací jako kolaborativní studie. V roce 1994 se Česká republika poprvé zúčastnila studie společně s dalšími 24 zejména evropskými státy. Výzkumná studie se opakuje ve čtyřletých intervalech (Kalman, Vašíčková a kol., 2013).

HBSC národní český tým je složen z deseti pracovníků, kteří jsou odborníky z praxe, patří k nim také akademičtí a vědeckí pracovníci, kteří jsou rovněž zástupci mezinárodního

týmu této studie. V současné době zahrnuje studie 48 zemí a regionů v Severní Americe a Evropě. Hlavní řešitel HBSC studie u nás je Mgr. Michal Kalman, Ph.D., který působí na Univerzitě Palackého v Olomouci na Fakultě tělesné kultury (HBSC studie, ©2019).

Výsledky studie HBSC v ČR z roku 2014 poukazují v porovnání s mezinárodním průměrem, že české děti začínají s alkoholem, kouřením a marihuanou výrazně dříve. Podle této studie pravidelně konzumovalo alkohol **14 %** patnáctiletých dívek a **20 %** patnáctiletých chlapců. Opakovanou opilost uvedlo zhruba **30 %** patnáctiletých, což je ovšem výrazně více, než jaký je mezinárodní průměr zemí HBSC studie (Sýkorová, 2016). V České republice byl proveden poslední sběr dat v červnu 2018, výsledky tohoto sběru zatím uveřejněny nebyly.

6.2 SAHA studie

Mezinárodní projekt „SAHA (The Social And Health Assessment)“ je projekt, který se zabývá ochrannými a rizikovými faktory sociálního, školního a zdravotního vývoje školní mládeže. Je součástí programu Centra pro dětská studia Yale Univerzity v USA, které se věnuje zlepšení léčby a prevencí dětských duševních chorob, duševního zdraví rodin a dětí, porozumění jejich vývojovým a psychologickým potřebám. V České republice projekt uskutečnil v letech 2003–2004 Psychologický ústav Akademie věd ČR ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Motol v Praze a Dětskou psychiatrickou klinikou 2. lékařské fakulty UK v Praze (Sobotková a kol., 2014).

Projekt SAHA je dotazníkový průzkum, který je zaměřen na psychopatologie dětí a dospívajících z městského prostředí. Výzkumný soubor byl tvořen 12letými, 14letými a 16letými žáky z městských základních a středních škol. Výzkum se zaměřil na rizikové chování, jako je sexuální rizikové chování, užívání návykových látek, antisociální chování a psychosociálními faktory, které souvisí s rizikovým chováním. Výzkumné šetření prokázalo relativně vysoký výskyt rizikového chování v oblasti antisociálního chování (rvačky, krádeže v obchodě, ničení cizího majetku), v oblasti sexuálního chování (jen polovina sexuálně aktivních dospívajících používá prezervativ, velký počet sexuálních partnerů, pohlavní styk po užití návykových látek) a v oblasti užívání návykových látek jejich nárůst (Sobotková a kol., 2014).

V porovnání s dalšími mezinárodními studii vyplývá, že u českých dospívajících je počet fyzických soubojů vyšší než u dospívajících z jiných zemí. V kohortové skupině 16letých přiznala více než desetina chlapců, že prodala pro peníze drogu, a zhruba pětina

chlapců byla ve škole vícekrát po požití marihuany. Význam této studie spočíval v monitorování rizikových faktorů ve vývoji chování dětí a adolescentů, v informování o nich. Ze zjištění vyplývá nutnost zaměřit se na nižší věkové skupiny při tvorbě preventivních programů (Sobotková a kol., 2014).

6.3 ESPAD studie

Mezinárodní studie „**ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)**“ je evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, která se zabývá užíváním návykových látek u 16letých dospívajících. Hlavním cílem celoevropského projektu je získat přehled o rozsahu užívání nelegálních a legálních drog, sledovat trendy ve vývoji a porovnat je s ostatními evropskými zeměmi. Projekt byl zahájen v roce 1995 pod záštitou Pompidou Group Rady Evropy a zapojilo se do něho 26 evropských zemí včetně České republiky. Projekt se pravidelně uskutečňuje ve čtyřletých intervalech a první realizaci projektu ESPAD provádělo u nás Národní centrum podpory zdraví, které později zaniklo a bylo vystřídáno Laboratoří pro výzkum závislostí Psychiatrického centra v Praze. Řešitelský tým se postupně stabilizoval za vzniku Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Do týmu se zapojilo opět Psychiatrické centrum v Praze a dále Lékařské informační centrum s agenturou INRES-SONES (Chomynová, Csémy, Grolmusová, Sadílek, 2014).

Podle výsledků z mezinárodní studie ESPAD o alkoholu a jiných drogách z roku 2015 došlo mezi roky 2011 a 2015 v České republice ke zřetelnému poklesu konzumace alkoholu u dospívajících, který se týkal obou pohlaví a všech alkoholických nápojů. V životě ochutnalo alkohol **95,8 %** šestnáctiletých žáků a v posledních dnech konzumovalo alkohol **68,5 %**. V posledních třiceti dnech pilo pět a více sklenic při jedné příležitosti **41,9 %** dospívajících. Konzumaci nadměrných dávek alkoholu třikrát a častěji v posledních třiceti dnech uvedlo **12,1 %** žáků. Pivo zůstává nadále preferovaným nápojem mezi adolescenty (Chomynová, Csémy, Mravčík, 2016).

V roce 2015 se studie zúčastnilo 35 zemí, včetně České republiky. U české mládeže studie poukazuje na zřetelný pokles užívání návykových látek, jako je pravidelné denní kouření, častá konzumace vysokých dávek alkoholu, ale i zkušenosti s ostatními nelegálními drogami. Navzdory výraznému poklesu zůstává Česká republika vysoko nad evropským průměrem. V průběhu roku 2019 proběhla další, sedmá vlna

mezinárodního projektu, jejíž výsledky jsou očekávány (Chomynová, Csémy, Mravčík, 2016).

Výsledky z výzkumných mezinárodních studií HBSC a ESPAD naznačují významný pokles výskytu rizikového užívání návykových látek u českých školáků. Tento klesající trend byl zaznamenán i v řadě jiných evropských zemí. Je otázkou pro další možné výzkumné šetření, proč dochází k tomuto klesajícímu trendu. Svůj podíl na tom mohou nést preventivní programy protidrogové politiky na školách, zvýšený dohled rodičů nad svými dětmi, vliv sociálních sítí a další faktory (Chomynová, Csémy, Mravčík, 2016).

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit a popsat, jaké mají žáci na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje postoje ke zdraví a alkoholu, a provést jejich srovnání u žáků šestých a devátých tříd podle pohlaví, navštěvovaného ročníku a zaměření třídy.

Dílčí cíle

- Zjistit, jak žáci na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje hodnotí předložené pojmy a které z těchto pojmů hodnotí nejlépe a které nejhůře.
- Zjistit, zda se liší postoje ke zdraví u chlapců a dívek na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje.
- Zjistit, zda se na postojích žáků ke zdraví na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje bude podílet zaměření navštěvované třídy a navštěvovaný ročník.
- Zjistit, zda existuje odlišnost v postojích k alkoholu mezi chlapci a dívkami na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje.
- Zjistit, zda se postoj k alkoholu u žáků na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje liší dle navštěvovaného ročníku dotazovaných žáků a zaměření navštěvované třídy.
- Zjistit, zda se liší u dotazovaných dívek a chlapců na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje frekvence konzumace alkoholu, věk první zkušenosti s konzumací alkoholu, první opilostí, opakovanou opilostí a jaký je případně jejich preferovaný alkoholický nápoj.

7.2 Výzkumné předpoklady (VP) a hypotézy (H)

Na základě studia literatury (Binarová, 2008; Chráska, 2016; Chomynová, Csémy, Mravčík, 2016; Madarasová-Gecková a kol., 2016) a vlastních zkušeností byly formulovány následující výzkumné předpoklady a hypotézy.

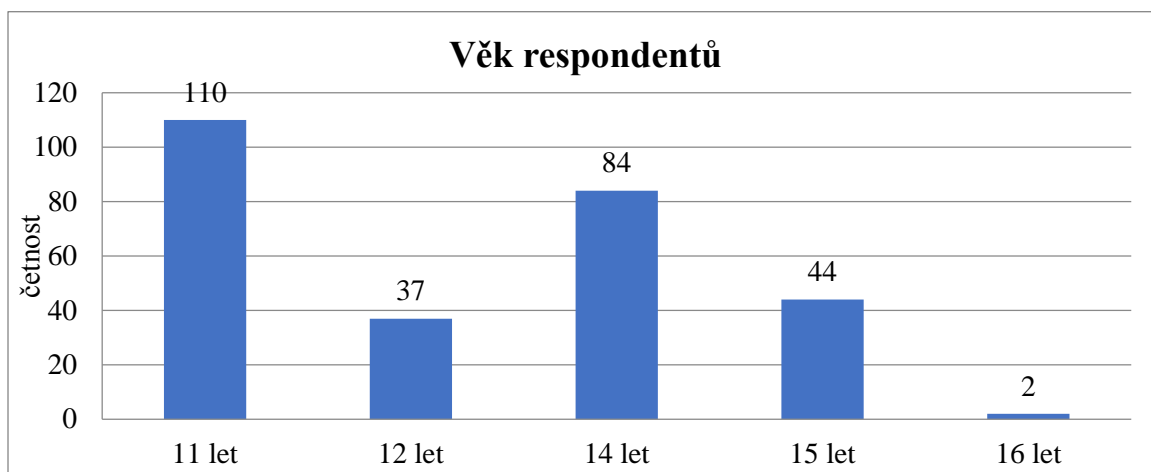
- VP1:** Mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny pojmy zdraví, kamarádství, rodina a pohyb.
- VP2:** Mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny drogy, závislost na alkoholu, kouření a nemoc.
- H1:** Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na jejich pohlaví. Dívky hodnotí pojem zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií.
- H2:** Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem zdraví lépe a mají ho spojený s větší energií než žáci šestých ročníků.
- H3:** Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci se sportovním zaměřením třídy hodnotí pojem zdraví lépe než žáci všeobecného, uměleckého a jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.
- H4:** Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou pozitivnější u žáků než u žákyň. Chlapci hodnotí pojem alkohol pozitivněji než dívky a mají jej spojený s menší energií než dívky.
- H5:** Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol lépe a mají ho spojený s menší energií než žáci šestých ročníků.
- H6:** Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci ve třídách se sportovním zaměřením hodnotí pojem alkohol hůře než žáci všeobecného, uměleckého a jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem více energeticky náročný.
- VP3:** Žáci na druhém stupni základních škol dávají v současné době přednost pití piva oproti ostatním alkoholickým nápojům.
- H7:** Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky.
- H8:** Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje v nižším věku než dívky.
- H9:** Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že se poprvé opili v nižším věku než dívky.
- H10:** Chlapci na druhém stupni základních škol uvádí, že se opakovaně opili častěji než dívky.

7.3 Popis výzkumného vzorku a průběhu výzkumného šetření

Výzkumný vzorek žáků byl vytvořen záměrným výběrem žáků 2. stupně ZŠ ve vybraných lokalitách Středočeského kraje v šestých a devátých třídách s různým zaměřením (Chráska, 2016). V plánovaném výzkumu jsme oslovili čtyři základní školy ve Středočeském kraji, s účastí na výzkumném šetření souhlasilo vedení tří základních škol, z toho byly dvě z Kolína a jedna z Poděbrad.

Výzkumné šetření probíhalo v období od října do listopadu v roce 2019. Na výzkumu se podílelo celkem 277 respondentů ve věkovém rozmezí od 11 do 16 let, z toho bylo 144 chlapců a 133 dívek. V grafu 1 uvádíme pro názornost věkové složení respondentů. Konkrétní složení výzkumného vzorku je uvedeno v tabulce 1 níže, kde jsou jednotlivé zainteresované školy označeny náhodně římskými číslicemi.

Dotazníky jsem osobně rozdala a vysvětlila zadání za přítomnosti vyučujícího na vybraných třech ZŠ. Rozdala jsem celkem 283 dotazníků a stejný počet mi byl navrácen. K výzkumnému šetření bylo možno použít 277 dotazníků. Šest dotazníků jsem vyřadila z výzkumného šetření z důvodu nedostatečného nebo nevhodného vyplnění. Vysvětlování práce s vyplňováním dotazníků trvalo do 10 minut podle míry kladených dotazů. Samotnému vyplňování dotazníku věnovali respondenti 25 až 35 minut.



Graf 1. Věk respondentů

Tabulka 1. Složení výzkumného vzorku

Škola	Třída	Zaměření	Chlapci	Dívky	Počet žáků celkem
I.	VI.A	umělecké	4	6	22
		sportovní	12	0	
	VI.B	umělecké	2	9	22
		všeobecné	9	2	
	IX.A	umělecké	3	2	21
		sportovní	10	0	
		všeobecné	3	3	
	IX.B	umělecké	7	13	20
	IX.C	umělecké	1	5	22
		všeobecné	8	8	
	celkem	3	59	48	107
II.	VI.A	jazykové	5	12	28
		všeobecné	6	5	
	VI.B	jazykové	6	7	21
		všeobecné	3	5	
	IX.A	jazykové	6	10	16
	celkem	2	26	39	65
III.	VI.B	všeobecné	16	12	28
	VI.C	všeobecné	14	12	26
	IX.A	všeobecné	17	8	25
	IX.B	všeobecné	12	14	26
	celkem	1	59	46	105
Školy I–III.	celkem	4	144	133	277

7.4 Použité výzkumné metody

Ve výzkumném šetření jsme zvolili pro získání výzkumných dat kombinaci dotazníku se sémantickým diferencíalem (Chráska, 2016). Prostřednictvím dotazníku, který vycházel z otázek zveřejněných v HBSC studii (Kalman a kol., 2011), jsme zkoumali

postoje žáků ke konzumaci alkoholu. Sémantický diferenciál jsme použili jako vhodnou strukturovanou maskovanou metodu ke zjištění postojů žáků 2. stupně ZŠ ke zdraví a opět k alkoholu.

7.4.1 Dotazník

Podle Gavory (2000) je dotazník jednou z nejčastěji volených metod ke zjišťování údajů. Jedná se o způsob kladení otázek a získávání odpovědí v písemné podobě. Tato zvolená výzkumná metoda nám umožňuje oslovit větší množství respondentů v relativně krátkém časovém úseku.

Dotazník jsme vytvořili v návaznosti na zveřejněné otázky v HBSC studii v Národní zprávě o zdraví a životním stylu školáků (Kalman a kol., 2011). Dotazník obsahoval kontaktní položky a deset uzavřených položek k zakroužkování jedné z nabízených možností odpovědí, které se týkaly konzumace alkoholu. Nevýhodou této metody může být zkreslení získaných dat u respondentů věkového rozmezí od 11 až 16 let (Chráska, 2016).

7.4.2 Sémantický diferenciál

Dle Chrásky (2016) je sémantický diferenciál výzkumná metoda, která umožňuje měřit psychologické individuální významy specifických objektů (pojmu) u jednotlivých lidí. Pokud posuzuje jeden objekt více posuzovatelů, je známo, že každý z nich jej „vidí“ odlišně. Mimo společného kulturního významu mají jednotlivé pojmy také vedlejší významy, které jsou charakteristické pro toho, kdo je posuzuje. Metodou sémantického diferenciálu je možno měřit tyto vedlejší, psychologické významy jednotlivých pojmů. Výzkumnou metodu jsme popsali v kapitole 3.5.

7.4.3 Dvoufaktorový sémantický diferenciál

Podle Chrásky (2016) je možné při popisu edukační reality s dostatečnou mírou rozlišovací schopnosti používat dva faktory místo tří, protože Osgoodovo posuzování pojmů pomocí tří faktorů je příliš detailní, ale v závěru nepřináší více informací jako v případě posuzování dvou faktorů. Z tohoto důvodu jsme také zvolili metodu dvoufaktorového diferenciálu. Při této analýze je pojem posuzován prostřednictvím **faktoru hodnocení**, který vyjadřuje, jak dalece je posuzovaný pojem respondenty vnímán

jako dobrý či špatný, a **faktoru energie**, který vypovídá o tom, do jaké míry respondenti chápou pojmy jako „něco“, co je spojeno s námahou, vydáváním energie, obtížemi, aktivitou nebo změnami.

Ve výzkumném šetření byl použit modifikovaný dvoufaktorový sémantický diferenciál přizpůsobený pro žáky druhého stupně ZŠ, který poskytla vedoucí diplomové práce (Chrásková, 2016). Hodnocení pojmu bylo po konzultaci s vedoucí práce počítáno ze škál **š3 + š5** a energie pojmu ze škál **š2 + š4**. Pro výzkum bylo vybráno celkem 17 stěžejních pojmů, ke kterým se žáci vyjadřovali pomocí posuzovacích škál.

Byly to následující pojmy v tomto pořadí: **Já; Volný čas; Rodina; Kamarádství; Závislost k PC, tabletu, mobilu, internetovým hrám; Spolužáci; Zdravý způsob života; Alkohol; Závislost na alkoholu; Kouření; Drogy; Zdraví; Nemoc; Zdravá strava; Obezita; Pohyb; Stáří.**

Respondenti posuzovali každý pojem prostřednictvím následujících škál: **dobry – špatny; lehký – těžký; ošklivý – krásný; snadný – obtížný; nepříjemný – příjemný; přísný – mírný.**

Na obrázku 5 níže uvádíme ukázkou záznamového listu a zvolené škály sémantického diferenciálu u pojmu alkohol. Hvězdičkou jsme označili reverzní škály. Tyto škály mají záměrně obrácené krajní body, aby se snížilo nebezpečí stereotypního posuzování pojmů. V závorce jsme označili faktor hodnocení písmenem – h a faktor energie písmenem – e.

Alkohol			
Dobry*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatny	(h)
Lehký	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžký	(e)
Ošklivý	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásný	(h)
Snadný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížný	(e)
Nepříjemný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemný	(h)
Přísný*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírný	(e)

Obrázek 5. Záznamový list a škály sémantického diferenciálu pro pojem alkohol

7.5 Statistické metody použité na zpracování výzkumu

Získaná data z dotazníku jsme zpracovali prostřednictvím počítačového programu Microsoft Word 2016, Microsoft Excel 2016. Pro lepší názornost jsme získaná data zobrazili pomocí tabulek a grafů. Použity byly grafy sloupcové, krabicové a spojnicové. Statistické zpracování bylo provedeno pomocí programu STATISTICA CZ 12 a pro ověření pravdivosti hypotéz jsme použili Studentův t-test, analýzu rozptylu ANOVA a test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

7.5.1 Studentův t-test

Studentův t-test patří mezi neznámější statistické testy významnosti pro metrická data. Jeho pomocí můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, získané měřením ve dvou různých skupinách objektů, v našem případě žáků, mají stejný aritmetický průměr (Chráska, 2016).

7.5.2 Analýza rozptylu ANOVA

Analýzu rozptylu jsme využili pro srovnání průměrů více skupin. Jedná se o slibnou moderní statistickou metodu, která může přinášet pozoruhodně spolehlivé a přesné výsledky v pedagogickém výzkumu. Jestliže máme soubor metrických dat rozdělený do několika skupin, vypočítáváme dva na sobě nezávislé odhady rozptylu vycházející jednak z rozptylu uvnitř skupin a jednak vycházející z rozptylu mezi průměry skupin (Chráska, 2016).

7.5.3 Test nezávislosti Chí-kvadrát

Při zpracovávání výsledků dotazníkového šetření je nutné rozhodnout, zda existuje závislost mezi dvěma proměnnými, které byly zachyceny pomocí nominálního měření. Tedy tento test přináší odpověď na otázku, zda pozorovaná data neodporují naším předpokladům o použitém modelu pro popis dané situace (Chráska, 2016).

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole se budeme věnovat potvrzování stanovených výzkumných předpokladů a ověřování platnosti stanovených hypotéz s využitím dat získaných od žáků na druhém stupni základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje.

8.1 Potvrzení výzkumného předpokladu VP1

VP1: Mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny pojmy zdraví, kamarádství, rodina, pohyb.

Tabulka 2. Hodnocení zkoumaných pojmů – seřazeno sestupně podle hodnocení pojmu

Proměnná	Popisné statistiky (Data Dankova.sta)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Zdraví - h	277	4,622744	1,000000	5,000000	0,672511
Volný čas-h	277	4,509025	1,500000	5,000000	0,685585
Pohyb - h	277	4,449458	1,000000	5,000000	0,773877
Rodina-h	277	4,440433	2,000000	5,000000	0,720475
Kamarádství-h	277	4,371841	1,000000	5,000000	0,802398
Zdravý způsob života - h	277	4,250903	1,000000	5,000000	0,833650
Zdravá strava - h	277	4,104693	1,000000	5,000000	1,024101
Spolužáci-h	277	3,703971	1,000000	5,000000	1,001314
Já-h	277	3,651625	1,000000	5,000000	0,883897
Závislost k PC, tabletu, mobilu, intern. hrám - h	277	3,166065	1,000000	5,000000	1,282351
Stáří - h	277	2,574007	1,000000	5,000000	1,090527
Alkohol - h	277	2,339350	1,000000	5,000000	1,320273
Závislost na alkoholu - h	277	1,599278	1,000000	5,000000	0,947957
Obezita - h	277	1,478339	1,000000	5,000000	0,819531
Nemoc - h	277	1,416968	1,000000	5,000000	0,682574
Kouření - h	277	1,379061	1,000000	5,000000	0,800133
Drogy - h	277	1,214801	1,000000	5,000000	0,686224

Z tabulky 2 je patrné, že na prvních pěti místech hodnocení pojmů, byly v následujícím pořadí nejlépe hodnoceny pojmy: zdraví, volný čas, pohyb, rodina a kamarádství. Předpokládali jsme, že nejlépe hodnocené pojmy budou: zdraví, kamarádství, rodina a pohyb. Překvapujícím zjištěním je, že volný čas je žáky hodnocen na druhém místě, lépe než rodina. **Výzkumný předpoklad VP1 byl potvrzen.**

8.2 Potvrzení výzkumného předpokladu VP2

VP2: Mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny drogy, závislost na alkoholu, kouření, nemoc.

Z tabulky 2 je zřejmé, že mezi pěti nejhůře hodnocené pojmy jsou v následujícím pořadí hodnoceny žáky: drogy, kouření, nemoc, obezita a závislost na alkoholu. Předpokládali jsme, že mezi nejhůře hodnocené pojmy budou u žáků hodnoceny: drogy, kouření, závislost na alkoholu, nemoc. Zajímavým zjištěním je hodnocení pojmu obezita, kterou žáci uvádí na čtvrtém místě před závislostí na alkoholu. **Výzkumný předpoklad VP2 byl potvrzen.**

8.3 Ověřování platnosti hypotézy H1

H1: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na jejich pohlaví. Dívky hodnotí pojem zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií.

Operacionalizace hypotézy:

Postoje jako takové nelze měřit přímo. K jejich měření jsme použili maskovanou a strukturovanou metodu sémantického diferenciálu, respektive jeho modifikovanou dvoufaktorovou formu, přizpůsobenou pro věkovou úroveň žáků 2. stupně ZŠ (Chrásková, 2016). Za postoje žáků považujeme průměrné skóre ve faktoru hodnocení (h) a faktoru energie (e) u předloženého pojmu. Nezávisle proměnná – pohlaví žáka je přímo měřitelná. K ověřování platnosti hypotézy byl použit Studentův t-test (viz tabulka 3).

Při ověřování platnosti hypotéz formulujeme nejdříve nulovou a alternativní hypotézu. Dále vypočítáme pravděpodobnost, s jakou bychom mohli obdržet pozorovaná data stejně nebo více odporující nulové hypotéze za předpokladu její pravdivosti. Tuto pravděpodobnost (dosaženou hladinu významnosti) označujeme písmenem p. Pro účely práce jsme zvolili obvyklou hladinu významnosti 5 % a tedy nulovou hypotézu zamítáme při hodnotě $p < 0,05$ (Chráška, 2016).

H1₀: Dívky hodnotí pojem zdraví stejně jako chlapci a mají jej spojený se stejnou energií jako chlapci.

H1_A: Dívky hodnotí pojem zdraví odlišně než chlapci a mají jej spojený s odlišnou energií.

Tabulka 3. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu zdraví podle pohlaví prostřednictvím t-testu

Proměnná	t-testy; grupováno: Pohlaví (Data Dankova.sta)										
	Skup. 1: dívka Skup. 2: chlapec										
	Průměr dívka	Průměr chlapec	t	sv	p	Poč. plat dívka	Poč. plat. chlapec	Sm.odch. dívka	Sm.odch. chlapec	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Zdraví - h	4,72	4,53	2,28	275	0,02	133	144	0,59	0,74	1,58	0,01
Zdraví - e	2,36	2,00	2,50	275	0,01	133	144	1,26	1,12	1,27	0,16

Na základě vypočítaných hodnot významnosti p (0,01 a 0,02) můžeme rozhodnout o tom, že hypotéza H_0 byla zamítnuta a byla potvrzena hypotéza H_1 , dívky hodnotí pojem zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií.

8.4 Ověřování platnosti hypotézy H2

H2: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem zdraví lépe a mají ho spojený s větší energií než žáci šestých ročníků.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Sledovaný ročník žáků (6. a 9.) je přímo měřitelná nezávisle proměnná. K ověřování platnosti hypotézy byl použit Studentův t-test (viz tabulka 4).

H2₀: Žáci devátých ročníků hodnotí pojem zdraví stejně jako žáci šestých ročníků a mají ho spojený se stejnou energií.

H2_A: Žáci devátých ročníků hodnotí pojem zdraví odlišně než žáci šestých ročníků a mají ho spojený s odlišnou energií.

Tabulka 4. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu zdraví podle navštěvovaného ročníku prostřednictvím t-testu

Proměnná	t-testy; grupováno: Ročník (Data Dankova.sta)										
	Skup. 1: 9 Skup. 2: 6										
	Průměr 9	Průměr 6	t	sv	p	Poč. plat 9	Poč. plat. 6	Sm.odch. 9	Sm.odch. 6	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Zdraví - h	4,64	4,61	0,37	275	0,72	130	147	0,51	0,79	2,41	0,00
Zdraví - e	2,50	1,88	4,43	275	0,00	130	147	1,20	1,13	1,13	0,46

Na základě vypočítaných hodnot signifikance p (0,72) pro hodnocení pojmu zdraví, $p < 0,01$ pro energii pojmu zdraví nemůžeme hypotézu H_{20} zamítnout. **Hypotéza H2 nebyla potvrzena.**

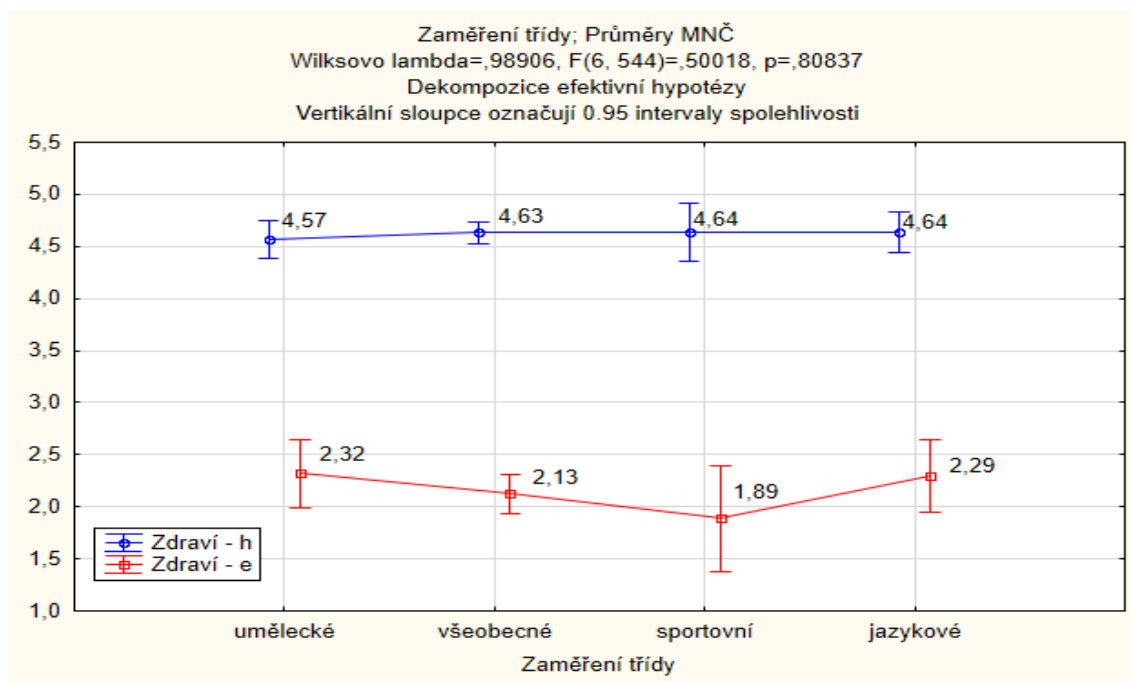
8.5 Ověřování platnosti hypotézy H3

H3: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci se sportovním zaměřením třídy hodnotí lépe pojem zdraví než žáci všeobecného, uměleckého a jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně u H1. Zaměření třídy je přímo měřitelná nezávisle proměnná. K ověřování platnosti hypotézy byla použita jednofaktorová analýza rozptylu ANOVA (viz graf 2).

H3₀: Žáci se sportovním zaměřením třídy hodnotí stejně pojem zdraví jako žáci všeobecného, uměleckého a jazykového zaměření a je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

H3_A: Žáci se sportovním zaměřením třídy hodnotí pojem zdraví odlišně než žáci všeobecného, uměleckého a jazykového zaměření a je pro ně tento pojem odlišně energeticky náročný.



Graf 2. Hodnocení a energie pojmu zdraví podle zaměření navštěvované třídy

Na základě vypočítaných hodnot signifikance p (0,81) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza H3 nebyla potvrzena** (na zvolené hladině signifikanci 0,05 nemůžeme odmítnout hypotézu H_{3_0}).

8.6 Ověřování platnosti hypotézy H4

H4: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou pozitivnější u žáků než u žákyň. Chlapci hodnotí pojem alkohol pozitivněji než dívky a mají jej spojený s menší energií než dívky.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně u H1. Nezávisle proměnná – pohlaví žáka je přímo měřitelná. K ověřování platnosti hypotézy byl použit Studentův t -test (viz tabulka 5).

H4₀: Chlapci hodnotí pojem alkohol stejně jako dívky a mají ho spojený se stejnou energií.

H4_A: Chlapci hodnotí pojem alkohol odlišně než dívky a mají ho spojený s odlišnou energií.

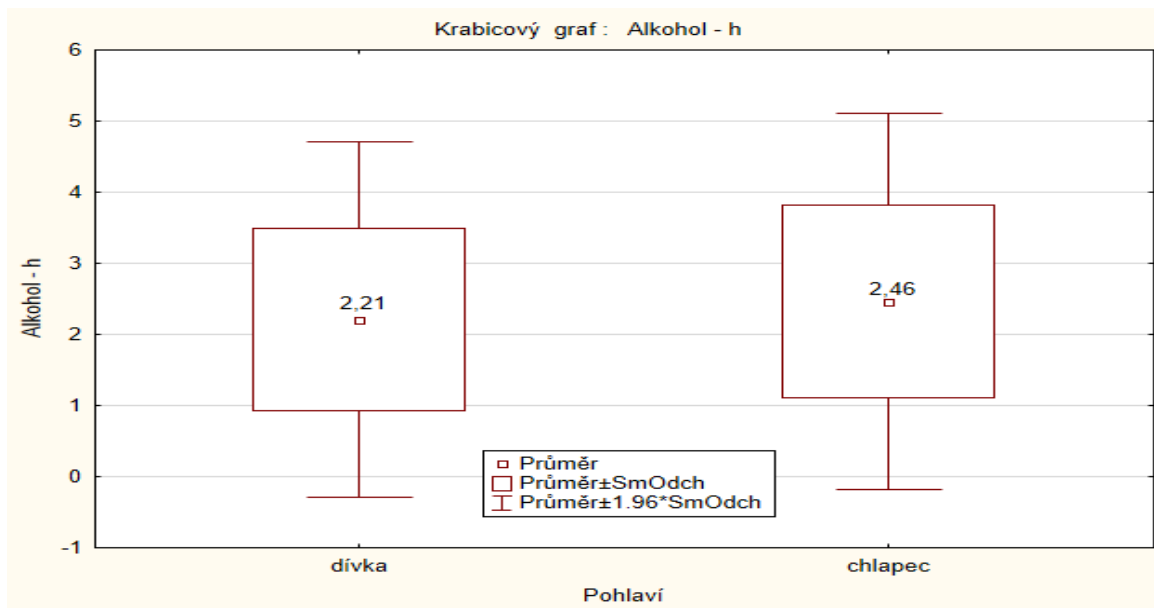
Tabulka 5. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu alkohol podle pohlaví prostřednictvím t -testu

Proměnná	t-testy; grupováno: Pohlaví (Data Dankova.sta)										
	Průměr dívka	Průměr chlapec	t	sv	p	Poč. plat dívka	Poč. plat chlapec	Sm.odch. dívka	Sm.odch. chlapec	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Alkohol - h	2,21	2,46	-1,61	275	0,11	133	144	1,28	1,35	1,12	0,52
Alkohol - e	3,70	3,36	2,11	275	0,04	133	144	1,29	1,37	1,13	0,49

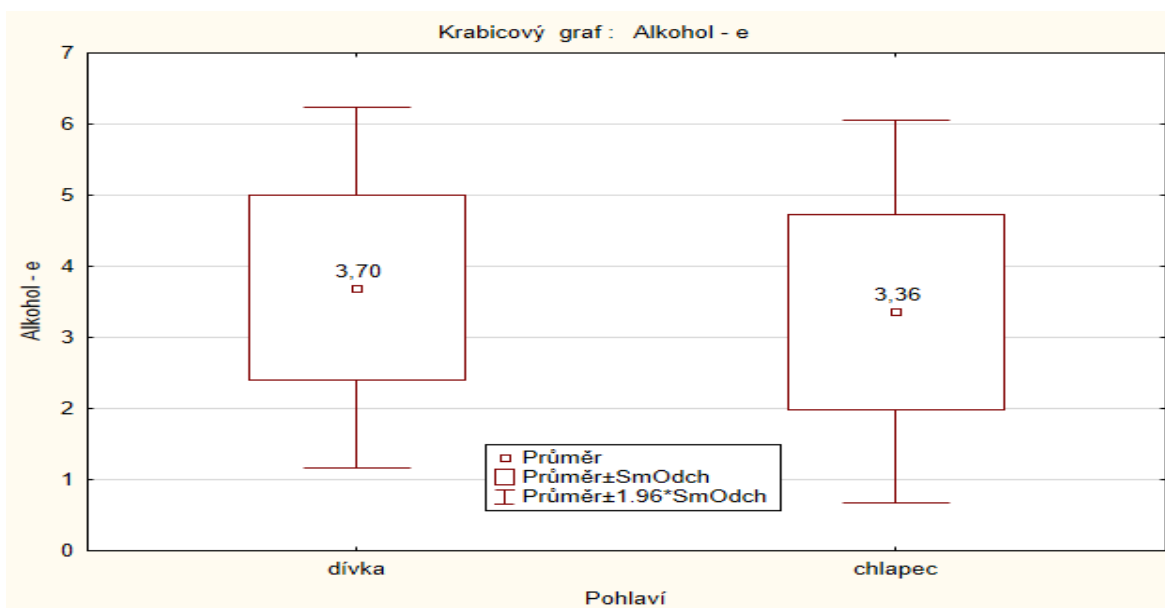
Na základě vypočítaných hodnot signifikance p (0,11 a 0,04) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza H4 nebyla potvrzena**.

U chlapců je sice pojem alkohol spojen s menší energií než u dívek, ale současně se v hodnocení tohoto pojmu obě pohlaví statisticky významně neodlišují. Na zvolené hladině signifikanci 0,05 nemůžeme odmítnout hypotézu H_{4_0} .

Pro lepší názornost přikládáme následující grafy.



Graf 3. Hodnocení pojmu alkohol podle pohlaví



Graf 4. Energie pojmu alkohol podle pohlaví

8.7 Ověřování platnosti hypotézy H5

H5: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol lépe a mají ho spojený s menší energií než žáci šestých ročníků.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Sledovaný ročník žáků (6. a 9.) je přímo měřitelná nezávisle proměnná. K ověřování platnosti hypotézy byl použit t-test (viz tabulka 6).

H₅₀: Žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol stejně jako žáci šestých ročníků a mají ho spojený se stejnou energií.

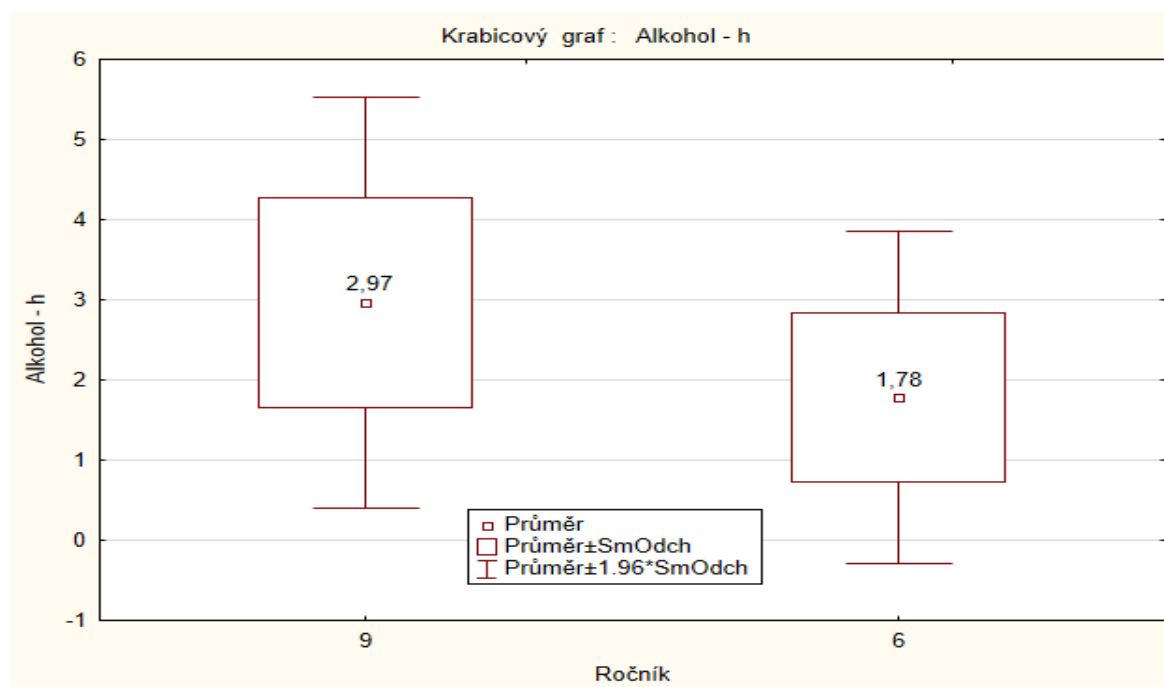
H_{5A}: Žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol odlišně než žáci šestých ročníků a mají ho spojený s odlišnou energií.

Tabulka 6. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu alkohol podle navštěvovaného ročníku prostřednictvím t-testu

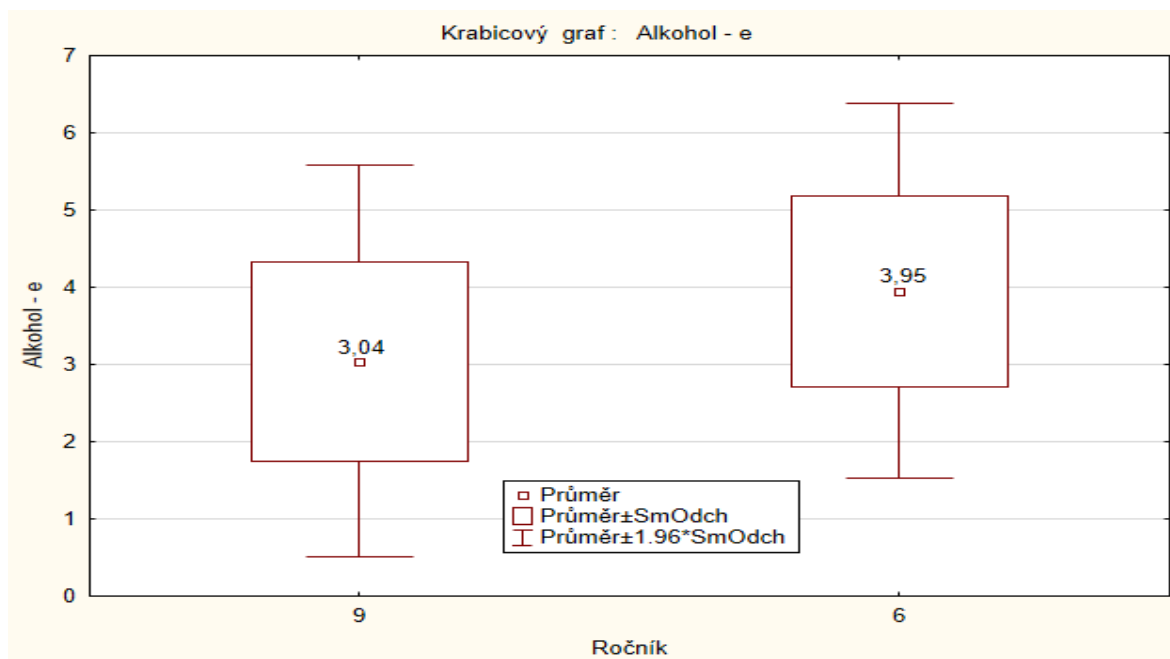
t-testy; grupováno: Ročník (Data Dankova.sta)											
Skup. 1: 9											
Skup. 2: 6											
Proměnná	Průměr 9	Průměr 6	t	sv	p	Poč.plat 9	Poč.plat. 6	Sm.odch. 9	Sm.odch. 6	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Alkohol - h	2,97	1,78	8,34	275	0,00	130	147	1,31	1,06	1,54	0,01
Alkohol - e	3,04	3,95	-6,00	275	0,00	130	147	1,29	1,24	1,09	0,60

Na základě vypočítaných hodnot signifikance ($p < 0,05$) můžeme rozhodnout o tom, že hypotéza **H₅** byla potvrzena.

Pro lepší názornost přikládáme následující grafy.



Graf 5. Hodnocení pojmu alkohol podle navštěvovaného ročníku



Graf 6. Energie pojmu alkohol podle navštěvovaného ročníku

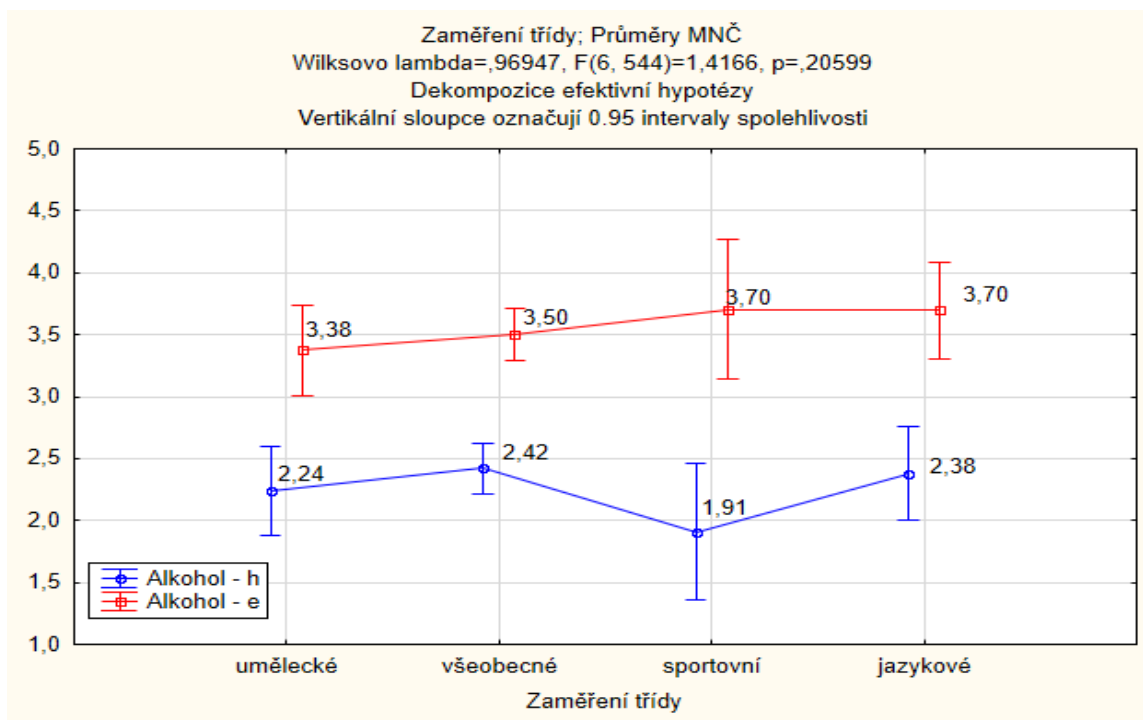
8.8 Ověřování platnosti hypotézy H6

H6: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci ve třídách se sportovním zaměřením hodnotí pojem alkohol hůře než žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem více energeticky náročný.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Zaměření třídy je přímo měřitelná nezávisle proměnná. K ověřování platnosti hypotézy byla použita jednofaktorová analýza rozptylu ANOVA (viz graf 7).

H6₀: Žáci se sportovním zaměřením třídy hodnotí stejně pojem alkohol, jako žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a je pro ně tento pojem stejně energeticky náročný.

H6_A: Žáci se sportovním zaměřením třídy hodnotí pojem alkohol odlišně než žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a je pro ně tento pojem odlišně energeticky náročný.



Graf 7. Hodnocení a energie pojmu alkohol podle zaměření navštěvované třídy

Na základě vypočítaných hodnot signifikance ($p=0,21$) můžeme rozhodnout o tom, že **hypotéza H6 nebyla potvrzena** (na zvolené hladině signifikanci 0,05 nemůžeme odmítnout hypotézu H_{0}). Nicméně je patrný trend poklesu hodnocení pojmu alkohol u třídy se sportovním zaměřením.

8.9 Ověřování platnosti hypotézy H7

H7: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Pohlaví žáků (chlapci) je přímo měřitelná nezávisle proměnná. K ověřování platnosti hypotézy byl použit test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku (viz tabulka 7 a 8).

H7₀: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje stejně často jako dívky.

H7_A: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje odlišně než dívky.

Tabulka 7. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví prostřednictvím testu nezávislosti – pozorované četnosti

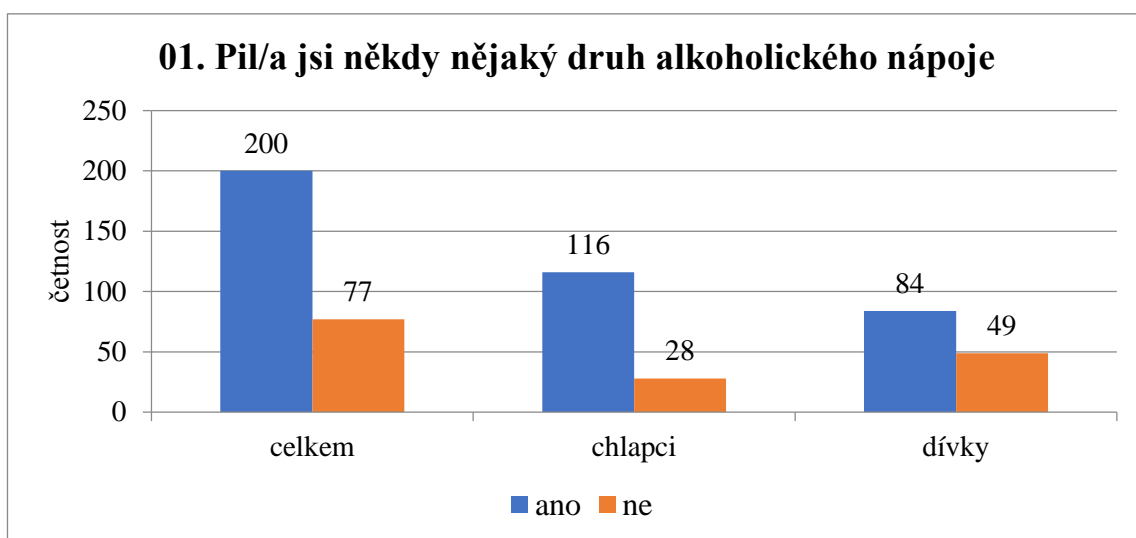
Kontingenční tabulka (Data Dankova.sta)			
Četnost označených buněk > 10			
(Marginální součty nejsou označeny)			
O1. Pil/a jsi někdy nějaký druh alkoholického nápoje	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
ano	84	116	200
ne	49	28	77
Vš.skup.	133	144	277

Tabulka 8. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví prostřednictvím testu nezávislosti – očekávané četnosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data Dankova.sta)			
Četnost označených buněk > 10			
Pearsonův chí-kv. : 10,4269, sv=1, p=,001242			
O1. Pil/a jsi někdy nějaký druh alkoholického nápoje	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
ano	96,0289	103,9711	200,0000
ne	36,9711	40,0289	77,0000
Vš.skup.	133,0000	144,0000	277,0000

Na základě vypočítaných hodnot signifikance ($p=0,001$) můžeme rozhodnout o tom, že hypotéza H_7 byla potvrzena.

Pro lepší názornost přikládáme následující graf a tabulku.



Graf 8. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví

Tabulka 9. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví

01. Pil/a jsi nějaký druh alkoholického nápoje	absolutní četnost n			relativní četnost %		
	celkem	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky
ano	200	116	84	72,20	80,56	63,16
ne	77	28	49	27,80	19,44	36,84
celkem	277	144	133	100,00	100,00	100,00

Výsledky v tabulce 9 ukazují, že na otázku č. 1, zda žáci pili nějaký druh alkoholického nápoje, odpovědělo ano 200 respondentů (72,20 %) z celkového počtu 277 dotazovaných. Pouze 77 (27,80 %) dotázaných nemá zkušenosti s pitím alkoholu. Z výzkumu vyplývá, že 116 (80,56 %) chlapců a 84 (72,20 %) dívek pilo nějaký druh alkoholického nápoje.

8.10 Potvrzení výzkumného předpokladu VP3

VP3: Žáci na druhém stupni základních škol dávají v současné době přednost pití piva oproti ostatním alkoholickým nápojům.

Na základě získaných dat (viz tabulky 10–13) je patrné, že žáci se každý týden nebo každý měsíc napijí piva v 53 případech (26,5 %), vína v 27 případech (13,5 %), lihovin v 33 případech (16,5 %) a míchaných nápojů v 21 případech (10,5 %). Pro lepší názornost uvádíme získaná data v grafické podobě níže, viz graf 9–12.

Výzkumný předpoklad VP3: Žáci na druhém stupni základních škol dávají v současné době přednost pití piva oproti ostatním alkoholickým nápojům, **byl tedy potvrzen.**

Tabulka 10. Četnost konzumace piva

Kategorie	Tabulka četností: O3. Jak často se v současné době napiješ piva?					
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četn. (platných)	Kumul. % (platných)	Rel.četn. všech	Kumul. % všech
každý týden	16	16	8,00000	8,0000	5,77617	5,7762
nikdy	63	79	31,50000	39,5000	22,74368	28,5199
zřídka (< než 1/měsíc)	84	163	42,00000	81,5000	30,32491	58,8448
každý měsíc	37	200	18,50000	100,0000	13,35740	72,2022
ChD	77	277	38,50000		27,79783	100,0000

Tabulka 11. Četnost konzumace vína

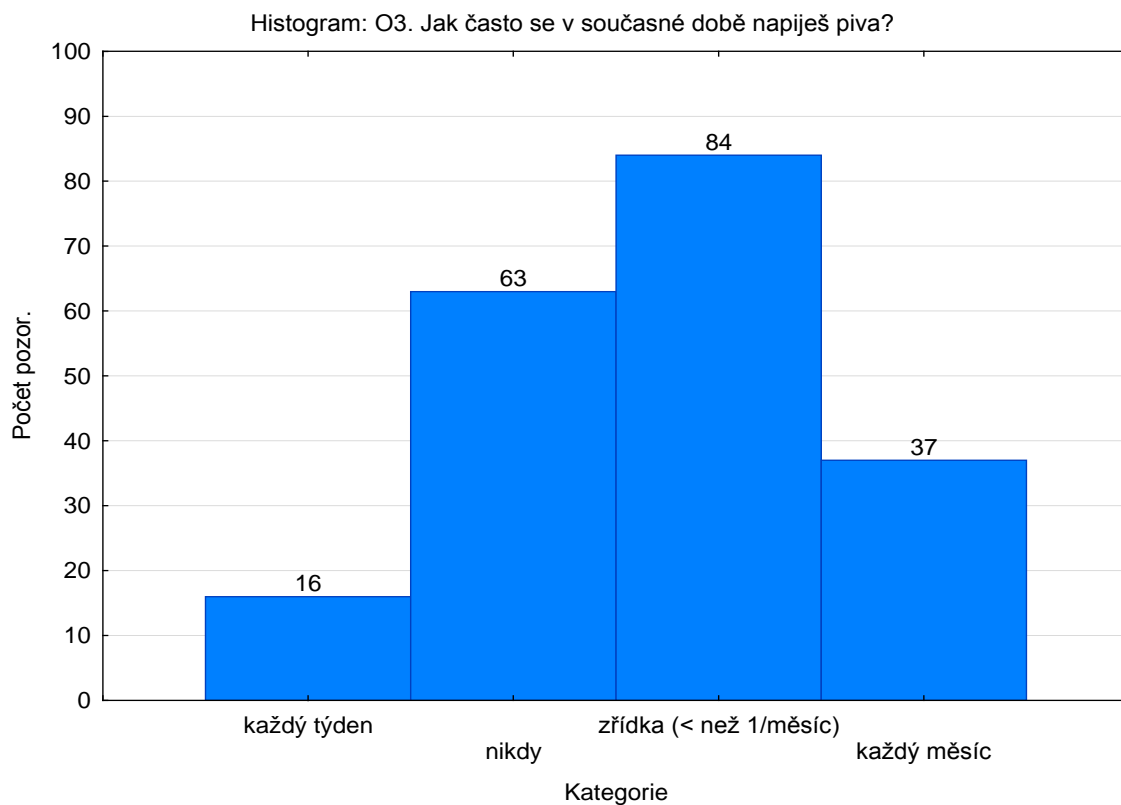
Kategorie	Tabulka četností:O4. Jak často se v současné době napiješ vína?					
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četn. (platných)	Kumul. % (platných)	Rel.četn. všech	Kumul. % všech
každý měsíc	19	19	9,50000	9,5000	6,85921	6,8592
nikdy	95	114	47,50000	57,0000	34,29603	41,1552
zřídka (< než 1/měsíc)	78	192	39,00000	96,0000	28,15884	69,3141
každý týden	8	200	4,00000	100,0000	2,88809	72,2022
ChD	77	277	38,50000		27,79783	100,0000

Tabulka 12. Četnost konzumace lihoviny

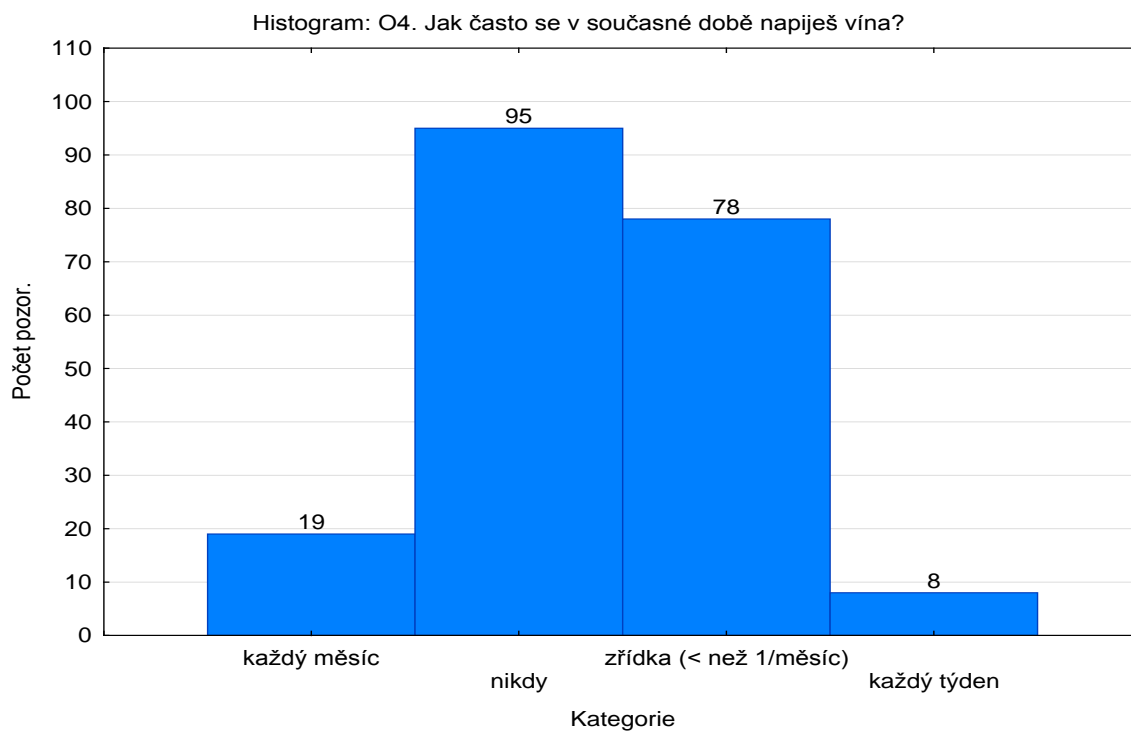
Kategorie	Tabulka četností:O5. Jak často se v současné době napiješ nějaké lihoviny?					
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četn. (platných)	Kumul. % (platných)	Rel.četn. všech	Kumul. % všech
každý měsíc	25	25	12,50000	12,5000	9,02527	9,0253
nikdy	91	116	45,50000	58,0000	32,85199	41,8773
zřídka (< než 1/měsíc)	76	192	38,00000	96,0000	27,43682	69,3141
každý týden	8	200	4,00000	100,0000	2,88809	72,2022
ChD	77	277	38,50000		27,79783	100,0000

Tabulka 13. Četnost konzumace míchaného nápoje

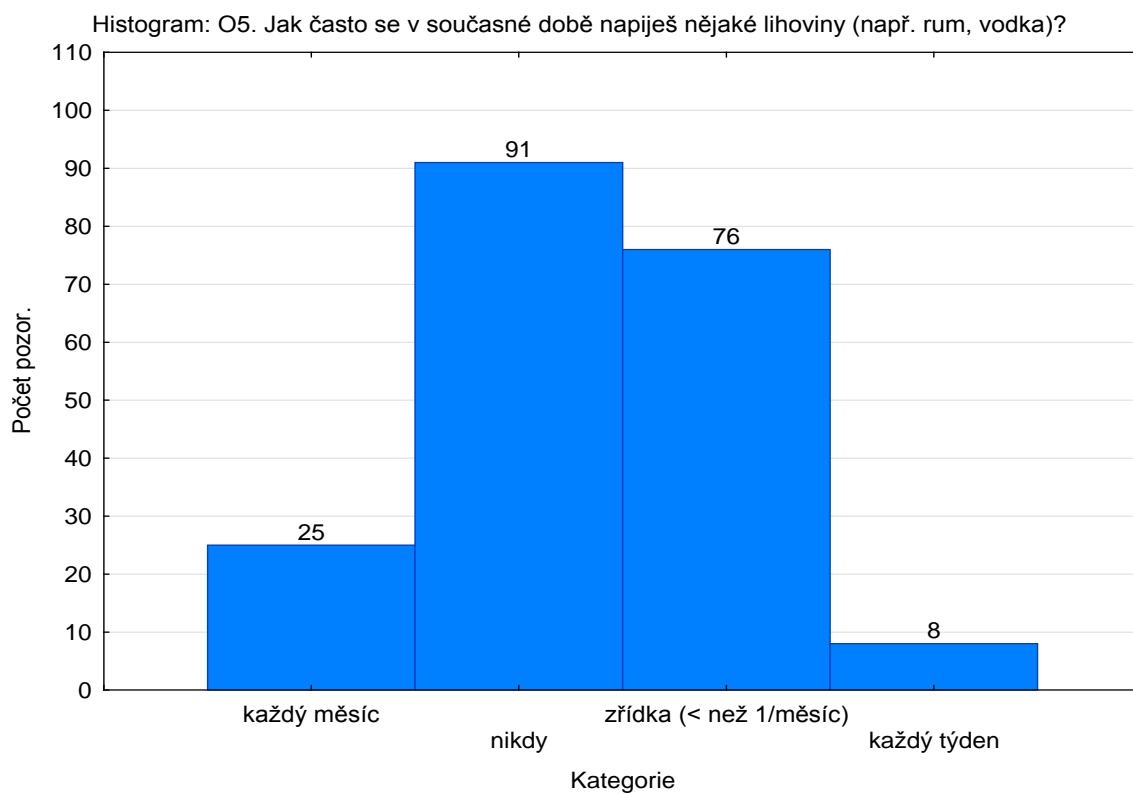
Kategorie	Tabulka četností:O6. Jak často se v současné době napiješ míchaného nápoje (např. tonik s fernetem)?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
zřídka (< než 1/měsíc)	72	72	25,99278	25,9928
nikdy	107	179	38,62816	64,6209
každý měsíc	13	192	4,69314	69,3141
každý týden	8	200	2,88809	72,2022
ChD	77	277	27,79783	100,0000



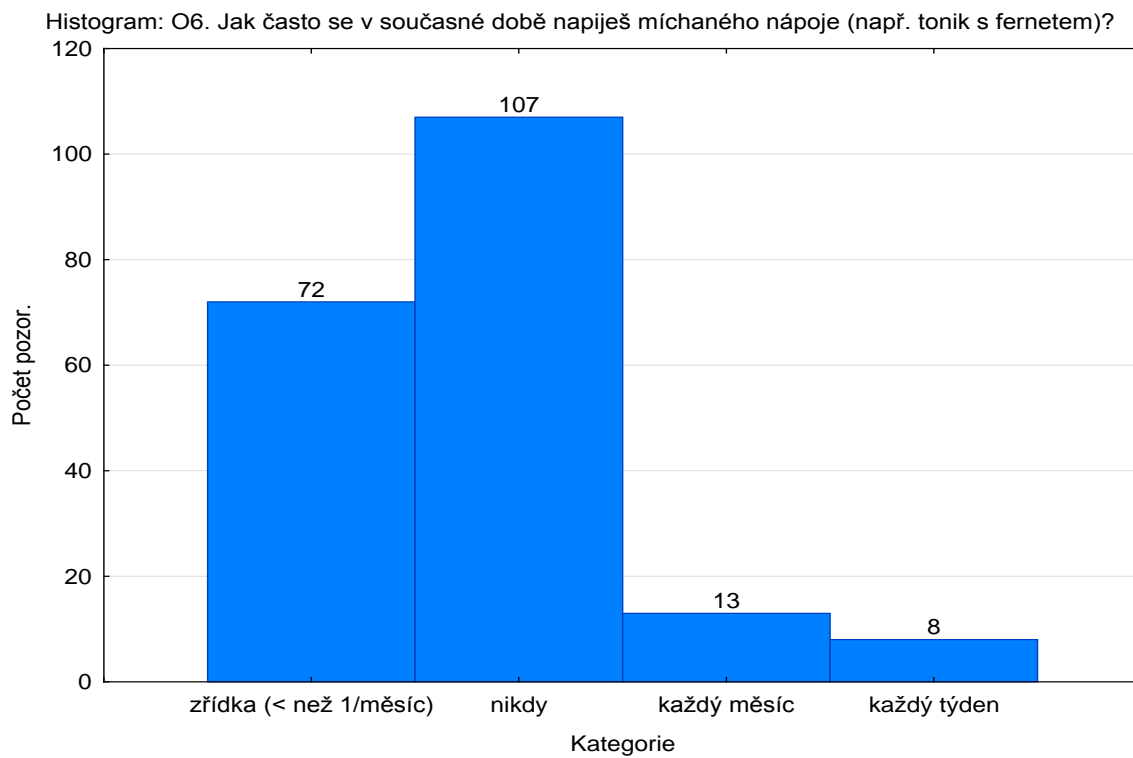
Graf 9. Četnost konzumace piva



Graf 10. Četnost konzumace vína



Graf 11. Četnost konzumace lihoviny



Graf 12. Četnost konzumace míchaného nápoje

8.11 Ověřování platnosti hypotézy H8

H8: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje v nižším věku než dívky.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Pohlaví žáků (chlapci) je přímo měřitelná nezávisle proměnná. Závislá proměnná je kategorie věku prvního požití alkoholického nápoje, kterou žáci uváděli. K ověřování platnosti hypotézy byl tedy použit test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku (viz tabulka 14 a 15).

H8₀: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje ve stejném věku stejně často jako dívky.

H8_A: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje v odlišném věku než dívky.

Tabulka 14. Četnost první konzumace alkoholu prostřednictvím testu nezávislosti – pozorované četnosti

Kontingenční tabulka (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
O2. V kolika letech jsi poprvé pil/a nějaký druh alkoholického nápoje?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
13 let	27	14	41
14 let	9	10	19
12 let	13	24	37
méně než 11 let	35	66	101
15 let a více	0	2	2
Vš.skup.	84	116	200

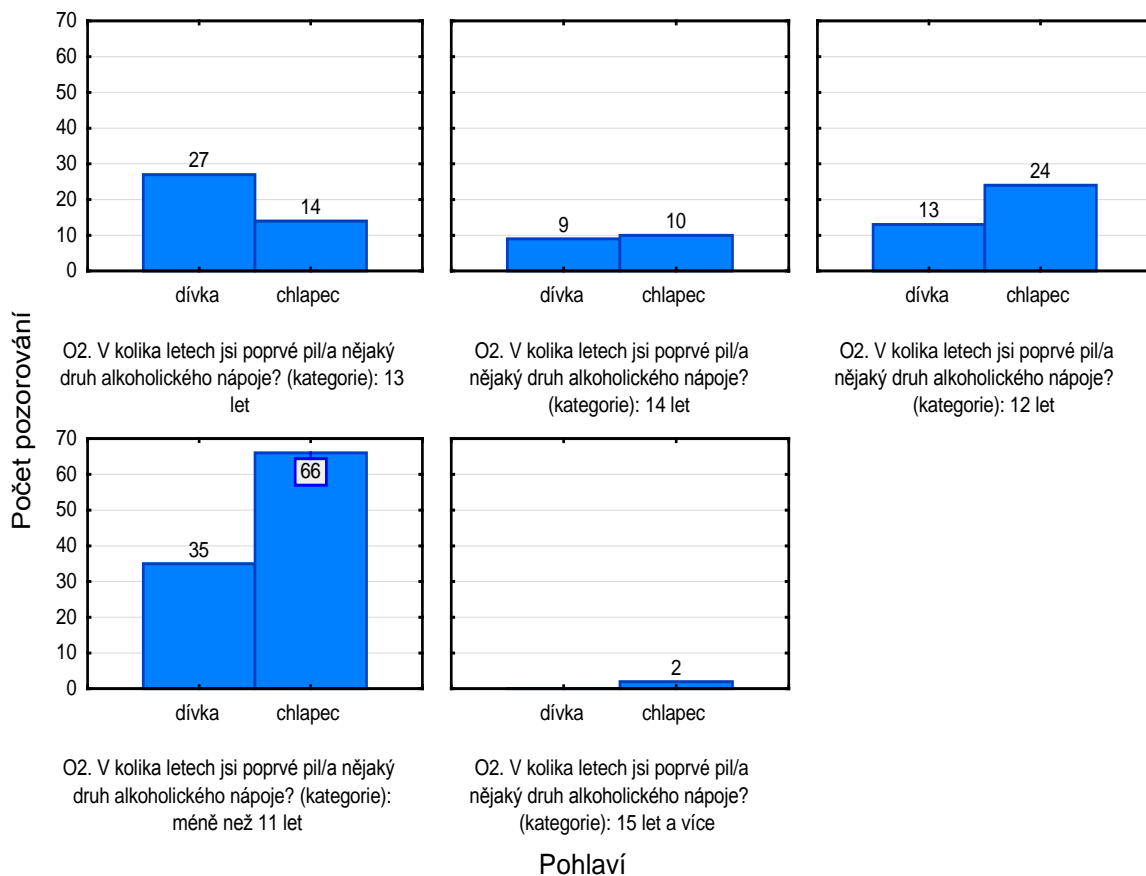
Tabulka 15. Četnost první konzumace alkoholu prostřednictvím testu nezávislosti – očekávané četnosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 14,2033, sv=4, p=,006674			
O2. V kolika letech jsi poprvé pil/a nějaký druh alkoholického nápoje?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
13 let	17,22000	23,78000	41,0000
14 let	7,98000	11,02000	19,0000
12 let	15,54000	21,46000	37,0000
méně než 11 let	42,42000	58,58000	101,0000
15 let a více	0,84000	1,16000	2,0000
Vš.skup.	84,00000	116,00000	200,0000

Na základě vypočítaných hodnot signifikance ($p=0,007$) můžeme rozhodnout, že odmítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu alternativní, hypotéza H_3 byla potvrzena.

Pro lepší názornost přikládáme následující graf a tabulku.

Kategoriz. histogram : O2. V kolika letech jsi poprvé pil/a nějaký druh alkoholického nápoje?
(kategorie) x Pohlaví



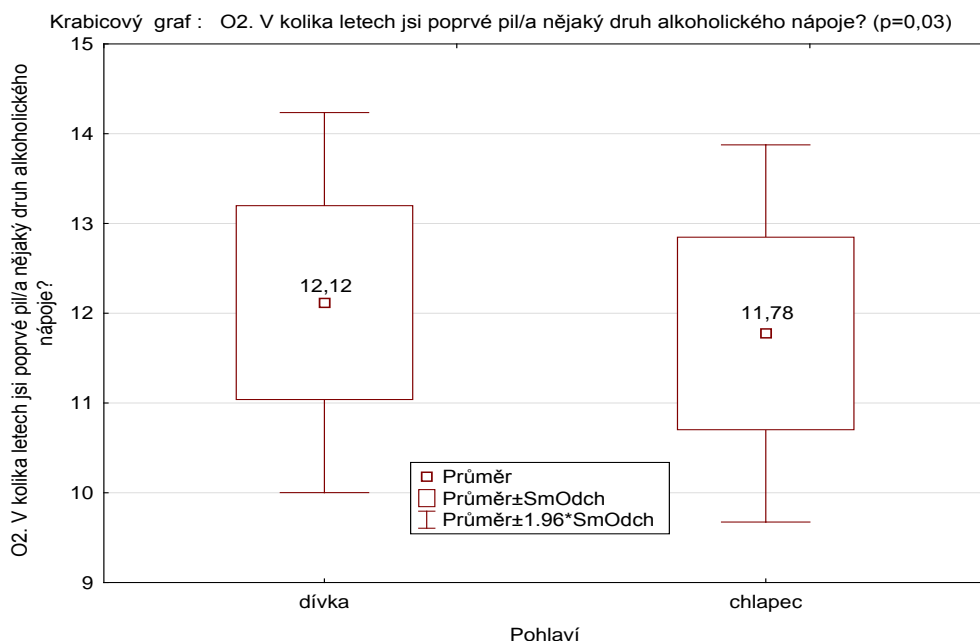
Graf 13. První konzumace alkoholu podle věku

Tabulka 16. První konzumace alkoholu podle věku

02. V kolika letech jsi poprvé pil/a nějaký druh alkoholického nápoje	absolutní četnost n			relativní četnost %		
	celkem	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky
11 let a méně	101	66	35	50,50	56,90	41,67
12 let	37	24	13	18,50	20,69	15,48
13 let	41	14	27	20,50	12,07	32,14
14 let	19	10	9	9,50	8,62	10,71
15 let a více	2	2	0	1,00	1,72	0,00
celkem	200	116	84	100,00	100,00	100,00

V otázce č. 2 byli žáci dotazováni, v kolika letech poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje. První zkušenosti s alkoholickým nápojem ve věku 11 let a méně udávalo 101 (50,50 %) respondentů. V této věkové kategorii je zastoupeno 35 (41,67 %) dívek a 66 (56,90 %) chlapců. Polovina dotazovaných se dostává do styku s alkoholem ve velmi časném věku, což je velmi nebezpečná situace pro vybudování pozdější závislosti na alkoholu. První zkušenosti ve věku 12 let už mělo pouze 37 (18,50 %) dotazovaných, kdy podíl chlapců a dívek je poměrně vyrovnaný. V kategorii 13 let mělo první zkušenost s alkoholem pouze 41 (20,50 %) dotazovaných, to je obdobné jako u žáků v kategorii 12 let, ale podíl dívek se rapidně zvýšil na 27 (32,14 %), u chlapců jen 14 (12,07 %). V kategorii 14 let kleslo procento začínajících konzumentů na 19 (9,50 %). Dívek přibýlo nepatrně více 9 (10,71 %), chlapců 10 (8,62 %). V poslední věkové kategorii 15 let a více jsou pouze 2 chlapci (1,00 %) a žádná dívka (viz tabulka 16).

Pokud bychom chtěli alespoň orientačně srovnat průměrný věk prvního požití alkoholického nápoje u chlapců a dívek, je možno pro srovnání využít krabicový graf 14. Srovnání však není zcela statisticky korektní, protože žáci uváděli věk požití alkoholických nápojů v kategoriích 11 let a méně a ve dvou případech 15 let a více, což zkresluje výpočet aritmetického průměru.



Graf 14. První konzumace alkoholu podle věku

8.12 Ověřování platnosti hypotézy H9

H9: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že se poprvé opili v nižším věku než dívky.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Pohlaví žáků (chlapci) je přímo měřitelná nezávisle proměnná. Závislá proměnná je kategorie věku první opilosti, kterou žáci uváděli. K ověřování platnosti hypotézy byl tedy použit test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku (viz tabulka 17 a 18).

H9₀: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že se poprvé opili ve stejném věku stejně často jako dívky.

H9_A: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že se poprvé opili v odlišném věku než dívky.

Tabulka 17. Četnost první opilosti prostřednictvím testu nezávislosti – pozorované četnosti

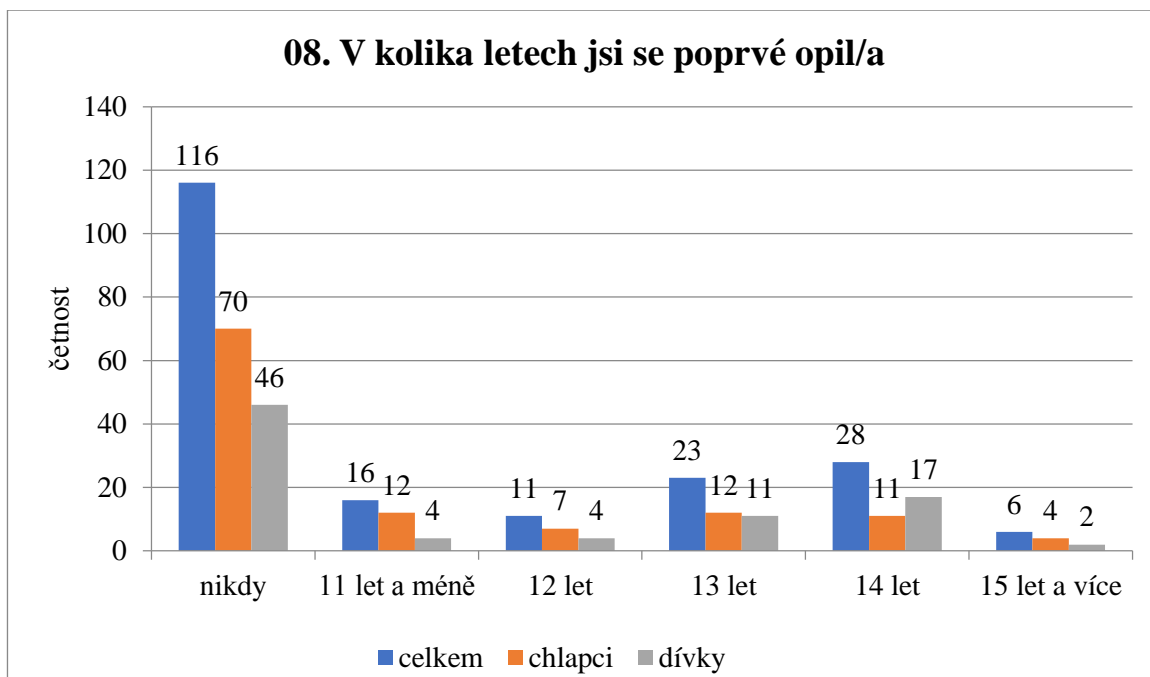
Kontingenční tabulka (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
O8. V kolika letech jsi se poprvé opil/a?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
14 let	17	11	28
nikdy	46	70	116
13 let	11	12	23
12 let	4	7	11
15 let a více	2	4	6
méně než 11 let	4	12	16
Vš.skup.	84	116	200

Tabulka 18. Četnost první opilosti prostřednictvím testu nezávislosti – očekávané četnosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 6,83452, sv=5, p=,233241			
O8. V kolika letech jsi se poprvé opil/a?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
14 let	11,76000	16,2400	28,0000
nikdy	48,72000	67,2800	116,0000
13 let	9,66000	13,3400	23,0000
12 let	4,62000	6,3800	11,0000
15 let a více	2,52000	3,4800	6,0000
méně než 11 let	6,72000	9,2800	16,0000
Vš.skup.	84,00000	116,0000	200,0000

Na základě vypočítané hodnoty signifikance ($p=0,233$) nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu H_0 , hypotéza H_1 tedy nebyla potvrzena.

Pro lepší názornost přikládáme následující graf a tabulku.



Graf 15. Věk první opilosti

Tabulka 19. Věk první opilosti u chlapců a dívek

08. V kolika letech jsi se poprvé opil/a	absolutní četnost n			relativní četnost %		
	celkem	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky
nikdy	116	70	46	58,00	60,34	54,76
11 let a méně	16	12	4	8,00	10,34	4,76
12 let	11	7	4	5,50	6,03	4,76
13 let	23	12	11	11,50	10,34	13,10
14 let	28	11	17	14,00	9,48	20,24
15 let a více	6	4	2	3,00	3,45	2,38
celkem	200	116	84	100,00	100,00	100,00

Pomocí otázky č. 8 jsme zjišťovali, v kolika letech byli žáci poprvé opilí. Na základě výše uvedených dat (viz tabulka 19) je patrné, že celkem 116 (58,00 %) dotazovaných uvedlo, že nebylo ve stavu opilosti, ze 116 bylo 70 (60,34 %) chlapců a 46 (54,76 %) dívek. Podíl dívek a chlapců je tedy poměrně vyrovnaný. První opilost přiznávají dotazovaní žáci už od věku 11 let a méně. Z toho je 12 (10,34 %) chlapců a 4 dívky (4,76 %). Ve věkových kategoriích 12 a 13 let jsou výsledky u obou pohlaví obdobné. Ve věku 14 let je to už 28 (14,00 %) dotazovaných a dívek je v tom roce 2x více

než chlapců 17 (20,24 %). Nejméně zastoupenou věkovou kategorií je 15 let a více, která tvoří 6 (3,00 %) dotazovaných z toho 4 (3,45 %) chlapců a 2 (2,38 %).

8.13 Ověřování platnosti hypotézy H10

H10: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádí, že se opakovaně opili častěji než dívky.

Operacionalizace hypotézy byla provedena stejně jako u H1. Pohlaví žáků (chlapci) je přímo měřitelná nezávisle proměnná. Závislá proměnná je kategorie počet opilostí za život, kterou žáci uváděli. K ověřování platnosti hypotézy byl tedy použit test nezávislosti Chí-kvadrát pro kontingenční tabulku (viz tabulka 20 a 21).

H10₀: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádí, že se opakovaně opili stejně často jako dívky.

H10_A: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádí, že se opakovaně opili častěji než dívky.

Tabulka 20. Pozorované četnost opilosti v životě prostřednictvím testu nezávislosti

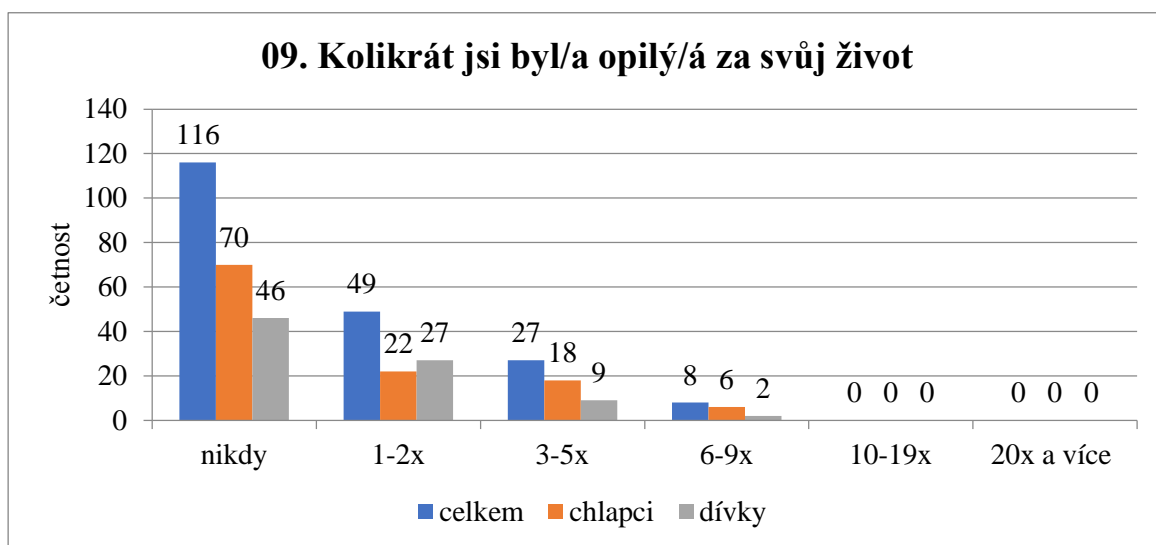
Kontingenční tabulka (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
O9. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za svůj život?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
6-9x	2	6	8
nikdy	46	70	116
3-5x	9	18	27
1-2x	27	22	49
Vš.skup.	84	116	200

Tabulka 21. Očekávané četnost opilosti v životě prostřednictvím testu nezávislosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 5,49643, sv=3, p=,138852			
O9. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za svůj život?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
6-9x	3,36000	4,64000	8,0000
nikdy	48,72000	67,28000	116,0000
3-5x	11,34000	15,66000	27,0000
1-2x	20,58000	28,42000	49,0000
Vš.skup.	84,00000	116,00000	200,0000

Na základě vypočítané hodnoty signifikance ($p=0,139$) nemůžeme odmítnout nulovou hypotézu H_{10} , hypotéza H_{10} tedy nebyla potvrzena.

Pro lepší názornost přikládáme následující graf a tabulku.



Graf 16. Četnost opilsti v životě

Tabulka 22. Četnost opilsti v životě u chlapců a dívek

09. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za svůj život	absolutní četnost n			relativní četnost %		
	celkem	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky
nikdy	116	70	46	58,00	60,34	54,76
1–2x	49	22	27	24,50	18,97	32,14
3–5x	27	18	9	13,50	15,52	10,71
6–9x	8	6	2	4,00	5,17	2,38
10–19x	0	0	0	0,00	0,00	0,00
20x a více	0	0	0	0,00	0,00	0,00
celkem	200	116	84	100,00	100,00	100,00

Pomocí otázky č. 9 jsme zjišťovali, kolikrát byli žáci opilí za svůj život. Na základě výše uvedených dat (viz tabulka 22) je patrné, že 116 (58,00 %) dotazovaných odpovědělo, nikdy. Podíl dívek a chlapců je v této odpovědi poměrně vyrovnaný. V případě chlapců to je 70 (60,34 %) a dívek 46 (54,76 %). Opilsti 1–2x v životě uvádí větší procento dívek než chlapců. Dívek 27 (32,14 %), chlapců pouze 22 (18,97 %).

Z dalšího vyhodnocování je patrné, že po této počáteční zkušenosti se stavem opilosti se dívky opakovaní tohoto stavu více vyhýbají. Je patrné, že opilost 3–5x v životě už uvádí 18 (15,52 %) chlapců a jen 9 (10,71 %) dívek. Častější stav opilosti 6–9x uvedlo 6 (5,17 %) chlapců a 2 (2,38 %) dívek. Dále je z vyhodnocení patrný trend postupného snižování počtu opilostí, a to jak u chlapců, tak u dívek.

Obdobné výsledky přináší srovnání, kdy bychom za závislou proměnnou (popisující opakovanou opilost) použili počet opilostí za posledních 30 dnů, který žáci uváděli ($p=0,118$) nebo odpovědi žáků na otázku 07: Vypil/a jsi někdy takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á? ($p=0,317$) – viz tabulka 23–26.

Tabulka 23. Pozorovaná četnost opilosti během posledních 30 dnů prostřednictvím testu nezávislosti

Kontingenční tabulka (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
O10. Kolikrát jsi byl/a opilý/á během posledních 30 dnů?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
1-2x	9	23	32
nikdy	74	93	167
3-5x	1	0	1
Vš.skup.	84	116	200

Tabulka 24. Očekávaná četnost opilosti během posledních 30 dnů prostřednictvím testu nezávislosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 4,27615, sv=2, p=,117882			
O10. Kolikrát jsi byl/a opilý/á během posledních 30 dnů?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
1-2x	13,44000	18,5600	32,0000
nikdy	70,14000	96,8600	167,0000
3-5x	0,42000	0,5800	1,0000
Vš.skup.	84,00000	116,0000	200,0000

Tabulka 25. Pozorovaná četnost opilosti prostřednictvím testu nezávislosti

Kontingenční tabulka (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)			
O7. Vypil/a jsi někdy takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
ano, 2-3x	15	20	35
ne, nikdy	46	70	116
ano, jednou	21	19	40
ano, 4-10x	2	7	9
Vš.skup.	84	116	200

Tabulka 26. Očekávaná četnost opilosti prostřednictvím testu nezávislosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Data Dankova.sta) Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 3,52789, sv=3, p=,317162			
O7. Vypil/a jsi někdy takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?	Pohlaví dívka	Pohlaví chlapec	Řádk. součty
ano, 2-3x	14,70000	20,3000	35,0000
ne, nikdy	48,72000	67,2800	116,0000
ano, jednou	16,80000	23,2000	40,0000
ano, 4-10x	3,78000	5,2200	9,0000
Vš.skup.	84,00000	116,0000	200,0000

9 DISKUZE

Výzkumný předpoklad VP1

VP1: Mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny pojmy zdraví, kamarádství, rodina, pohyb.

Výzkumný předpoklad č. 1 byl potvrzen. Mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů byly žáky hodnoceny pojmy zdraví, kamarádství, rodina a pohyb.

Druhým nejlépe hodnoceným pojmem byl volný čas. Výsledek výzkumného šetření koresponduje s výsledky Černé (2017) a Navrátilové (2018), u kterých bylo zjištěno, že mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy žáky 2. stupně ZŠ patří pojmy zdraví, kamarádství, rodina, pohyb a zdravý způsob života.

Výzkumný předpoklad VP2

VP2: Mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny drogy, závislost na alkoholu, kouření, nemoc.

Výzkumný předpoklad č. 2 byl potvrzen. Mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů byly žáky hodnoceny pojmy drogy, závislost na alkoholu, kouření a nemoc. Čtvrtým nejhůře hodnoceným pojmem byla obezita. Výsledek výzkumného šetření opět koresponduje s výsledky Černé (2017), u které bylo zjištěno, že mezi pět nejhůře hodnocených pojmů řadí žáci základní školy pojmy nemoc, drogy, kouření, obezita, nežádoucí sexuální chování, a Navrátilové (2018) – mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy žáků byly obdobné: drogy, nemoc, kouření, obezita, alkohol.

Z výše uvedených výzkumných předpokladů VP1 a VP2 plyne, že žáci na druhém stupni ZŠ jsou si plně vědomi důležitosti a významu hodnot předložených pojmů.

Hypotéza H1

H1: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na jejich pohlaví. Dívky hodnotí pojem zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií.

Hypotéza H1 byla potvrzena. Výzkumné šetření prokázalo, že dívky hodnotí zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií, což koresponduje s výsledkem šetření Havlíčkové (2018), která se věnovala postoji žáků vybraných gymnázií ke zdraví.

Hypotéza H2

H2: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem zdraví lépe a mají ho spojený s větší energií než žáci šestých ročníků.

Hypotéza H2 nebyla potvrzena, žáci devátých ročníků nehodnotí pojem zdraví lépe, k posunu došlo pouze u faktoru energie, a to podle očekávání k jejímu nárůstu. Ačkoliv se nám nepodařilo potvrdit hypotézu, můžeme nalézt určitou shodu s výsledky výzkumného šetření diplomové práce Černé (2017), která mapovala postoje žáků ke zdraví na 2. stupni ZŠ na Olomoucku. V její diplomové práci došlo také u pojmu zdraví k nárůstu faktoru energie u žáků 9. ročníků. Naše výsledky nekorespondují s výsledky výzkumu Navrátilové (2018), která se zabývala problematikou životního stylu a postoji žáků a studentů v souvislosti s pohybovými aktivitami. Došlo zde také k nárůstu energie u žáků devátého ročníku u pojmu zdraví oproti šestému ročníku, avšak byl zde zaznamenán i statisticky významný rozdíl. U faktoru hodnocení došlo naopak oproti 6. ročníku k mírnému poklesu. Srovnání však nemůže být zcela přesné pro odlišný design práce (vývoj hodnocení pojmů v čase od 6. do 9. ročníku).

Hypotéza H3

H3: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci ve třídách se sportovním zaměřením hodnotí pojem zdraví lépe než žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný.

Hypotéza H3 nebyla potvrzena, žáci sportovního zaměření třídy nehodnotí lépe pojem zdraví oproti žákům ostatního zaměření, není pro ně ani energeticky méně náročný. Přestože se hodnocení pojmu dle zaměření téměř neodlišuje, zaměříme-li se na vývoj energie pojmu, je možné pozorovat trend k poklesu faktoru energie u sportovně zaměřených žáků. Tento trend nedosahuje statistické významnosti. Může to být do jisté míry dáno i malým počtem sportovně zaměřených respondentů v porovnání s ostatními skupinami.

Hypotéza H4

H4: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou pozitivnější u žáků než u žákyň. Chlapci hodnotí pojem alkohol pozitivněji než dívky a mají jej spojený s menší energií než dívky.

Hypotéza H4 nebyla potvrzena, chlapci nehodnotí pojem alkohol lépe než dívky, ale v případě faktoru energie došlo podle očekávání k poklesu. Na rozdíl od našeho šetření byl u Černé (2017) nalezen statisticky významný rozdíl jak ve faktoru hodnocení, tak energie mezi žáky a žákyněmi Olomouckého kraje.

Hypotéza H5

H5: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol lépe a mají ho spojený s menší energií než žáci šestých ročníků.

Hypotéza H5 byla potvrzena, žáci devátých ročníků hodnotí alkohol lépe a s menší energií než žáci šestých ročníků. Výsledek šetření koresponduje s výzkumem Černé (2017). Vyšše uvedená tabulka 16 názorně ukazuje, že první zkušenost s alkoholem situovala většina respondentů do věku pod 14 let, pouze 2 respondenti odpověděli, že první zkušenost získali ve věku 15 let a více. Můžeme si tedy odvodit, že žáci 9. tříd již mají ve většině případů zkušenosti s alkoholem. Data ze studie HBSC 2014 (Madarasová-Gecková a kol., 2016) ukazují, že 15letí chlapci i dívky alespoň jednou týdně konzumují nějaký druh alkoholického nápoje častěji, než 11letí a 13letí. Z toho usuzujeme, že alkohol žákům 9. tříd nepůsobí významnější obtíže, a tedy jej hodnotí lépe a současně méně energeticky náročně než žáci 6. tříd.

Hypotéza H6

H6: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci ze tříd se sportovním zaměřením třídy hodnotí pojem alkohol hůře než žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem více energeticky náročný.

Hypotéza H6 nebyla potvrzena. Nepotvrdila se nám tedy myšlenka, že žáci, kteří budou více sportovat, a potažmo tedy budou více orientováni na zdravý životní styl, budou mít k alkoholu negativnější vztah. Dílem se na nedosažení statistické významnosti může podílet malá velikost souboru sportovně zaměřených respondentů. Můžeme také spekulovat o tom, že sportovní zaměření tříd sice spočívalo v rozšíření výuky tělesné výchovy, ale nejednalo se o skupinu žáků orientovaných na ryze vrcholový sport.

Hypotéza H7

H7: Chlapci na druhém stupni základní školy uvádějí, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky.

H7 byla potvrzena, chlapci uvedli, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky. Z celkového počtu 277 žáků pilo někdy alkohol 200 (72,20 %) dotazovaných. Pouze 77 (27,80 %) dotázaných nemá zkušenosti s pitím alkoholu. Z výzkumu vyplývá, že 116 (80,56 %) chlapců a 84 (72,20 %) dívek pilo nějaký druh alkoholického nápoje.

Z mezinárodní zprávy o zdraví a životním stylu školáků HBSC studie realizované v roce 2014 jsou patrné rozdíly v pravidelné konzumaci alkoholu alespoň jednou týdně podle pohlaví. Čeští chlapci v 11, 13 a 15 letech konzumovali alkohol častěji než dívky, největší rozdíly jsou patrné v posledních dvou věkových kategoriích, kdy v 15 letech chlapci jsou zastoupeni 20 % a dívky 14 % a ve 13 letech chlapci 9 % a dívky 5 % (Madarasová-Gecková a kol., 2016).

Výzkumný předpoklad VP3

VP3: Žáci na druhém stupni základních škol dávají v současné době přednost pití piva oproti ostatním alkoholickým nápojům.

Výzkumný předpoklad č. 3 byl potvrzen. V našem výzkumném šetření jsme zjistili, že žáci konzumují pivo každý týden nebo každý měsíc v 53 případech (26,5 %), lihoviny v 33 případech (16,5 %), víno ve 27 případech (13,5 %) a míchané nápoje v 21 případech (10,5 %) žáků. Z Národní zprávy o zdraví a životním stylu školáků na základě mezinárodního výzkumu HBSC uskutečněné v roce 2010 je zřejmá preference piva mezi dospívajícími oproti ostatním alkoholickým nápojům. Může to mít souvislost s kulturou pití piva jako národního nápoje v České republice, také jeho snadnou dostupností a všeobecnou tolerancí (Kalman a kol., 2011). Podle studie HBSC z roku 2014 klesá pravidelná konzumace piva u obou pohlaví, ale Česká republika se drží stále nad evropským průměrem. V letech 2010 konzumovalo pivo 29,6 % dospívajících a 12,8 % v roce 2014 (ZDRAVÁ GENERACE, ©2020). Preferenci konzumace piva mezi dospívajícími potvrzují také data ze studie ESPAD z roku 2015 (Chomynová, Csémy, Mravčík, 2016).

Hypotéza H8

H8: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje v nižším věku než dívky.

H8 byla potvrzena, výsledky našeho šetření ukazují, že k prvnímu kontaktu s alkoholem přicházejí dospívající již ve věku 11 let a méně, což udávalo až 101 žáků (50,50 %). Chlapci v 66 případech (56,90 %) a dívky v 35 (41,67 %). Polovina dotazovaných se dostává do styku s alkoholem ve velmi časném věku, což je velmi nebezpečná situace pro vybudování pozdější závislosti na alkoholu.

Podle dat HBSC studie z roku 2014 mají první zkušenosti s alkoholem chlapci ve věku 13 let a méně ve 28 % a dívky ve stejné věkové kohortě jsou zastoupeny 22 % (Madarasová-Gecková a kol., 2016).

Hypotéza H9

H9: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že se poprvé opili v nižším věku než dívky.

H9 nebyla potvrzena, nebyl zde prokázán významný statický rozdíl. V našem výzkumném šetření uvedli žáci, že se již opili v nejnižší věkové kategorii 11 let a méně, jednalo se o 12 chlapců (10,34 %) a 4 dívky (4,76 %).

V HBSC studii z roku 2014 jsou chlapci v první opilosti nepatrně napřed. V kategorii 13 let a méně udávalo svoji první opilost 12 % chlapců a dívek 9 % (Madarasová-Gecková a kol., 2016).

Hypotéza H10

H10: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádí, že se opakovaně opili častěji než dívky.

H10 nebyla potvrzena, v našem výzkumném šetření nebyl prokázán statisticky významný rozdíl, který se týkal opilosti za život i za posledních 30 dnů. Porovnáme-li námi zjištěná data s daty studie HBSC 2014, vidíme, že ani zde nejsou rozdíly mezi pohlavími příliš významné. Chlapci se opakovaně dostali do stavu opilosti oproti dívkám o něco častěji. V kategorii 15 let jsou chlapci zastoupeni 32 % a dívky 29 %, v kategorii 13 let chlapci 7 % a dívky 5 %. V poslední kategorii 11 let tvoří chlapci 2 % a dívky 1 % (Madarasová-Gecková a kol., 2016).

ZÁVĚR

V diplomové práci jsme monitorovali aktuální postoje žáků 6. a 9. ročníků ke zdraví a alkoholu na vybraných základních školách ve Středočeském kraji. Postoje žáků jsme porovnali podle jejich pohlaví, navštěvovaného ročníku a zaměření třídy. Výzkumné šetření bylo realizováno na dvou základních školách v Kolíně a jedné základní škole v Poděbradech. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 277 respondentů, žáků 2. stupně ZŠ ve věku od 11 do 16 let. Data k výzkumné části diplomové práce jsme získali prostřednictvím dotazníkového šetření v kombinaci s dvoufaktorovým sémantickým diferencíálem. Žáci ve vybraných třech základních školách se vyjadřovali k obdobným otázkám jako v HBSC studii, které se týkaly problematiky alkoholu, a dále se vyjadřovali v předložených záznamových listech k 17 zkoumaným pojmům v následujícím pořadí:

Já; Volný čas; Rodina; Kamarádství; Závislost k PC, tabletu, mobilu, internetovým hrám; Spolužáci; Zdravý způsob života; Alkohol; Závislost na alkoholu; Kouření; Drogy; Zdraví; Nemoc; Zdravá strava; Obezita; Pohyb; Stáří.

Výzkumný předpoklad VP1: Mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny pojmy zdraví, kamarádství, rodina, pohyb, **byl potvrzen.**

Výzkumný předpoklad VP2: Mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů budou žáky základních škol hodnoceny pojmy drogy, závislost na alkoholu, kouření, nemoc, **byl potvrzen.**

Hypotéza H1: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na jejich pohlaví. Dívky hodnotí pojem zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií, **byla potvrzena.**

Hypotéza H2: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem zdraví lépe a mají ho spojený s větší energií než žáci šestých ročníků, **nebyla potvrzena.** Žáci devátých ročníků nehodnotí pojem zdraví lépe, k posunu došlo pouze u vnímané energie pojmu, a to podle očekávání k jejímu nárůstu.

Hypotéza H3: Postoje žáků základních škol k pojmu zdraví se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci ve třídách se sportovním zaměřením třídy hodnotí pojem zdraví lépe než žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem méně energeticky náročný, **nebyla potvrzena.** Žáci ze tříd se sportovním

zaměřením třídy nehodnotí lépe pojem zdraví oproti žákům ostatního zaměření, ale můžeme zde pozorovat trend k poklesu faktoru energie. Tento trend však nedosahuje statistické významnosti.

Hypotéza H4: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou pozitivnější u žáků než u žákyň. Chlapci hodnotí pojem alkohol pozitivněji než dívky a mají jej spojený s menší energií než dívky, **nebyla potvrzena**. Chlapci nehodnotí pojem alkohol lépe než dívky, ale v případě faktoru energie došlo podle očekávání k poklesu.

Hypotéza H5: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol jsou odlišné u žáků šestých a devátých ročníků. Žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol lépe a mají ho spojený s menší energií než žáci šestých ročníků, **byla potvrzena**. Žáci devátých ročníků hodnotí alkohol lépe a s menší energií než žáci šestých ročníků.

Hypotéza H6: Postoje žáků základních škol k pojmu alkohol se odlišují v závislosti na zaměření třídy. Žáci ve třídách se sportovním zaměřením třídy hodnotí pojem alkohol hůře než žáci všeobecného, uměleckého, jazykového zaměření a zároveň je pro ně tento pojem více energeticky náročný, **nebyla potvrzena**.

Hypotéza H7: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádějí, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky, **byla potvrzena**. Chlapci uvedli, že alespoň někdy pili nějaký druh alkoholického nápoje častěji než dívky.

Výzkumný předpoklad VP3: Žáci na druhém stupni základních škol dávají v současné době přednost pití piva oproti ostatním alkoholickým nápojům, **byl potvrzen**.

Hypotéza H8: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že poprvé pili nějaký druh alkoholického nápoje v nižším věku než dívky, **byla potvrzena**.

Hypotéza H9: Chlapci na druhém stupni základních škol častěji uvádějí, že se poprvé opili v nižším věku než dívky, **nebyla potvrzena**.

Hypotéza H10: Chlapci na druhém stupni základních škol uvádí, že se opakovaně opili častěji než dívky, **nebyla potvrzena**.

Předložená diplomová práce přinesla náhled na aktuální postoje žáků 2. stupně ke zdraví a alkoholu na vybraných základních školách ve Středočeském kraji. Všechny tři stanovené výzkumné předpoklady se potvrdily a z deseti hypotéz byly potvrzeny čtyři. Ke sběru dat jsme použili metodu dotazníku, která může být zatížena určitou nepřesností z důvodu věkové kategorie dotazovaných. Získaná data jsme porovnávali s pracemi, které se zabývaly postoji měřenými sémantickým diferencíálem, a také jsme porovnávali naše data s HBSC studií o zdraví a životním stylu dětí a školáků. Výsledky našeho výzkumného šetření mohou být nápomocné metodikům prevence na vybraných základních školách,

které se účastnily výzkumného šetření, a poskytnout jim tímto zpětnou vazbu o efektivitě preventivních programů. Prostředky vynaložené na efektivní preventivní programy jsou daleko nižší než následné náklady spojené s dopady alkoholu na zdraví žáků.

Ačkoli jsme vynaložili nemalé úsilí k shromáždění dostatečně reprezentativního vzorku respondentů, jsme si vědomi, že některé podskupiny žáků (např. dle zaměření třídy) nejsou natolik početné, aby jejich odpovědi měly dostatečnou sílu ve statistickém hodnocení. Prezentované závěry z provedeného šetření tudíž nelze zobecnit na celou dětskou populaci daného věku.

SOUHRN

Diplomová práce se skládá ze dvou částí. První, teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmů, jako je zdraví, postoje, problematika dospívání, alkohol a mezinárodní studie rizikového chování. Druhá, praktická část předkládá výsledky výzkumného šetření z anonymního dotazníku s modifikovaným dvoufaktorovým sémantickým diferencíálem. Cílem diplomové práce bylo zmapovat postoje ke zdraví a alkoholu u žáků šestých a devátých tříd vybraných základních škol ve Středočeském kraji a porovnat je podle pohlaví, navštěvovaného ročníku a zaměření třídy. K výzkumnému šetření jsme stanovili tři výzkumné předpoklady, které byly potvrzeny, a deset hypotéz, ze kterých se nám potvrdily čtyři, zbytek hypotéz musel být po statistickém ověření odmítnut.

Výsledky provedeného šetření ukázaly, že mezi pěti nejlépe hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů jsou žáky základních škol hodnoceny pojmy zdraví, kamarádství, rodina, pohyb. Mezi pěti nejhůře hodnocenými pojmy ze zkoumaných pojmů jsou žáky základních škol hodnoceny drogy, závislost na alkoholu, kouření, nemoc. Zjistili jsme dále, že dívky hodnotí pojem zdraví lépe než chlapci a mají jej spojený s větší energií. Neprokázalo se, že by žáci devátých ročníků hodnotili pojem zdraví lépe, k nárůstu došlo pouze u faktoru energie. Žáci se sportovním zaměřením třídy nehodnotí pojem zdraví lépe oproti žákům ostatního zaměření a není pro ně méně energeticky náročný.

V případě postojů k pojmu alkohol jsme shledali, že chlapci nehodnotí tento pojem pozitivněji než dívky a nemají jej spojený s menší energií. Dále jsme zjistili, žáci devátých ročníků hodnotí pojem alkohol lépe a s menší energií než žáci šestých ročníků. Další analýzou jsme zjistili, že žáci se sportovním zaměřením třídy nehodnotí pojem alkohol hůře oproti žákům ostatního zaměření a není pro ně více energeticky náročný. Výše uvedené postoje jsme mapovali prostřednictvím maskované metody sémantického diferencíálu. Další část dotazníkového šetření se zaměřovala na konkrétní otázky k problematice alkoholu, které vycházely z HBSC studie. Na základě tohoto šetření jsme zjistili, že přednost dávají žáci pivu oproti ostatním alkoholickým nápojům, chlapci na vybraných základních školách pili někdy nějaký alkoholický nápoj častěji než dívky, také chlapci pili poprvé alkohol v nižším věku než dívky. U první a opakované opilosti se nám nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi dívkami a chlapci.

Klíčová slova: alkohol, dospívání, postoje, sémantický diferencíál, zdraví.

SUMMARY

The diploma thesis consists of two parts. The first part, theoretical focuses on defining terms such as health, attitudes, and issues of adolescence, alcohol and the international study of risky behavior. The second practical part presents the results of a research survey using an anonymous questionnaire and a modified two-factor semantic differential. The aim of the work was to map the attitudes towards health and alcohol of sixth - and ninth-grade pupils at select primary schools in the Central Bohemian Region and to compare them by gender, year, and study orientation. For the research survey we started with three research assumptions, which were confirmed, and ten hypotheses, four of which were confirmed. The rest of the hypotheses had to be rejected after statistical verification.

The results of the research showed that among the top five concepts rated best by the pupils were the concepts of health, friendship, family and exercise. Among the top five concepts worst rated by the pupils were the concepts of drugs, alcohol dependence, smoking and illness. We also found that girls rate the concept of health better than boys and associate it with greater potency. We did not find that pupils in the ninth grade rated the concept of health better, the only increase was seen with respect to potency. Sports-oriented students did not rate the concept of health better compared to pupils studying other areas and it is was not less potent for them.

In the case of attitudes to the concept of alcohol, we found that boys do not rate this concept more positively than girls and do not associate it with less potency. We also found that ninth-grade students rated the concept of alcohol better and with less potency than sixth- grade pupils. Further analysis determined that sports-oriented pupils did not rate the concept of alcohol worse than pupils studying other areas and it is not more demanding in terms of potency. We mapped the aforementioned attitudes using the masked semantic differential method. Another part of the questionnaire focused on particular questions regarding alcohol drawn from the HBSC study. Based on this survey, we found that pupils prefer beer to other types of alcoholic beverages, that boys in select primary schools have tried some kind of alcoholic beverage more often than girls, and that boys first tried alcohol at a younger age than girls. But for first and repeated intoxication we did not confirm a statistically significant difference between girls and boys.

Keywords: alcohol, adolescence, attitudes, semantic differential, health.

REFERENČNÍ SEZNAM

- BINAROVÁ, I. 2008. Období dospívání. In ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 101-110. ISBN 978-80-244-2141-4.
- ČELEDOVÁ, L a R. ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- HAJNÝ, M. 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 80-247-0135-9.
- HARTL, P a H. HARTLOVÁ. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HAVLÍNOVÁ, M. a kol. 1998. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. Praha: Portál. 280 s. ISBN 80-7178-263-7.
- HAYESOVÁ, N. 2003. *Základy sociální psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál. 165 s. ISBN 80-7178-763-9.
- HEWSTONE, M. a W. STROEBE. 2006. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 80-7367-092-5.
- HOLČÍK, J. 2004. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
- HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A. a I. KOUPILOVÁ. 2007. *Sociální lékařství*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 137 s. ISBN 978-80-210-3954-4.
- HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P. a L. PRUDIL. 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.

- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L. GROLMUSOVÁ, L. SADÍLEK, P. 2014. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky. 213 s. ISBN 978-80-7440-101-5.
- CHRÁSKA, M. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- CHRÁSKOVÁ, M. 2016. Attitudes of Students in 2nd Stage of Elementary Schools to Health Promotion in the Context of Health Literacy. In *SGEM 2016 Conference Proceedings*. Sofia: STEF92 Technology Ltd. pp. 585-592. ISBN 978-619-7105-70-4. ISSN 2367-5659. DOI 10.5593/SGEMSOCIAL2016/B11/S03.074
- JANEČKOVÁ, H. a H. HNILICOVÁ. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- KALMAN, L., VAŠÍČKOVÁ, J. a kol. 2013. *Zdraví a životní styl dětí a školáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 172 s. ISBN 978-80-244-3409-4.
- KALMAN, M. a kol. 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 113 s. ISBN 978-244-2986-1.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KICKBUSCH, I. et al. 2013. *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization. 73 p. ISBN 978-92-890-00154.
- KOHOUTEK, R. 1998. *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. 181 s. ISBN 80-7204-064-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MACEK, P. 2003. *Adolescence*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

- MADARASOVÁ-GECKOVÁ, A. a kol. 2016. *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě výzkumu studie Health Behaviour in School Aged Children realizované v roce 2014*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 68 s. ISBN 978-80-971997-2-2.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MIOVSKÝ, M. a kol. 2012. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie. 100 s. ISBN 978-80-87258-74-3.
- NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Academia. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NEJEDLÁ, M. a kol. 2015. *Program škola podporující zdraví*. Praha: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze v NLN s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny. 104 s. ISBN 978-80-7422-406-5.
- PELCÁK, S. 2013. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Hradec Králové: Gaudeamus. 207 s. ISBN 978-80-7435-342-0.
- PETRUSEK, M. a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5.
- POPOV, P. 2003. Alkohol. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 151-152. ISBN 80-86734-05-6.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. a J. MAREŠ. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 323 s. ISBN 80-7178-772-8.
- RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- REJZEK, J. 2001. *Český etymologický slovník*. Voznice: Leda. 752 s. ISBN 80-85927-85-3.
- SKEAT, W.W. 1911. *A Concise Etymological Dictionary of the English Language*. Oxford: Clarendon Press, p. 663. Without ISBN.

- SOBOTKOVÁ, N. a kol. 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
- SVOBODOVÁ, J. 1998. *Zdravá škola včera a dnes*. Brno: Paido, Edice pedagogické literatury. 47 s. ISBN 80-85931-53-2.
- ŠKOBRTAL, P. 2012. *Vybrané kapitoly ze sociální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 112 s. ISBN 978-80-7464-199-2.
- TAXOVÁ, J. 1987. *Pedagogicko-psychologické zvláštnosti dospívání*. Praha: SPN. 276 s. Bez ISBN.
- VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
- VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. 2008. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Elektronické zdroje:

- BĚLÁČKOVÁ, V. 2011. Leschova typologie osob závislých na alkoholu a různé přístupy v jejich léčbě. *Adiktologie* [online]. roč. 11, č. 3. s. 131. [cit. 2020-05-01]. ISSN1213-3841. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/pdf/web/viewer.html?pid=uuid:7ade9517-69c8-11e3-93fe-d485646517a0>
- ČERNÁ, J. 2017. *Postoje žáků ke zdraví na 2. stupni základních škol v Olomouckém kraji: Diplomová práce*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/b2n8hl/>
- HAVLÍČKOVÁ, M. 2018. *Postoje žáků vybraných typů gymnázií ke zdraví: Diplomová práce*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ehep7q/>.
- HBSC studie. 2019. *Mezinárodní výzkumná studie kolaborativního charakteru životního způsobu u dětí* [online]. ©2019 [cit. 2019-08-12]. Dostupné z: <https://hbsc.cz/ostudii/>
- CHOMYNOVÁ, P., L. CSÉMY a V. MRAVČÍK. 2016. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno* [online]. č. 5. 1-14 s. [cit. 2019-09-08]. ISSN 2336-8241. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32196/734/zaostreno_2016-05_v03.pdf
- NAVRÁTILOVÁ, V. 2018. *Životní styl a postoje žáků a studentů v souvislosti s pohybovými aktivitami: Diplomová práce*. [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/90prrc/>.
- NEŠPOR, K. 2004. *Jak překonat problémy s alkoholem: určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem, i těm, kdo chtějí pomáhat* [online]. 4. vyd. Praha: Sportpropag. 127 s. [cit. 2019-07-20]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. 2003. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat* [online]. 5. revid. vyd. Praha: Sportpropag. 83 s. [cit. 2019-07-24]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>

- NUTBEAM, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. 15(3) pp. 263–264. [cit. 2019-09-10]. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- RATZAN, S.C. 2001. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* [online]. 16(2) pp. 207-214. [cit. 2019-08-19]. ISSN 1460-2245. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>
- SØRENSEN, K. et al. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* [online]. 25(6) pp. 1053-1058. [cit. 2020-05-05]. ISSN 1464-360X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- SÝKOROVÁ, G. 2016. *Univerzita Palackého představila alarmující výsledky největší výzkumné studie o životním stylu mladé generace v Evropě. Klíčová zjištění HBSC studie: Tisková zpráva.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [online]. 15. 3. 2016. [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: https://ftk.upol.cz/fileadmin/userdata/FTK/Soubory_aktuality/TZ/TZ_UP_2016-0315_Univerzita_Palackeho_představila_alarmující_výsledky_největší_výzkumné_studie_o_zivotním_stylu_mlade_generace_v_Evropě.pdf
- ZDRAVÁ GENERACE. 2020. Reporty. *Frekvence pití alkoholu u patnáctiletých Čechů klesá.* [online]. ©2020. [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://zdravagenerace.cz/reporty/konzumace-alkoholu/>

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
H	hypotéza
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC): WHO Cross-National Study, Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu a školáků
MPP	minimální preventivní program
SAHA	The Social And Health Assessment, Projekt Rizikové faktory školního, sociálního a zdravotního vývoje školní mládeže
SPN	Státní pedagogické nakladatelství
VP	výzkumný předpoklad
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
ZŠ	základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (upraveno podle: Holčík, Káňová, Prudil, 2005, s. 19).....	13
Obrázek 2. Prevence a podpora zdraví (upraveno podle: Holčík, Žáček, Koupilová, 2007, s. 114).....	17
Obrázek 3. Pilíře a zásady programu Škola podporující zdraví (upraveno podle: Nejedlá a kol., 2015, s. 26)	19
Obrázek 4. Schéma tvorby a struktury MPP (upraveno podle: Miovský a kol., 2012, s. 19).....	36
Obrázek 5. Záznamový list a škály sémantického diferenciálu pro pojem alkohol	46

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Složení výzkumného vzorku.....	44
Tabulka 2. Hodnocení zkoumaných pojmů – seřazeno sestupně podle hodnocení pojmu..	48
Tabulka 3. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu zdraví podle pohlaví prostřednictvím t-testu	50
Tabulka 4. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu zdraví podle navštěvovaného ročníku prostřednictvím t-testu	50
Tabulka 5. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu alkohol podle pohlaví prostřednictvím t-testu	52
Tabulka 6. Srovnání postojů žáků základních škol k pojmu alkohol podle navštěvovaného ročníku prostřednictvím t-testu	54
Tabulka 7. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví prostřednictvím testu nezávislosti – pozorované četnosti.....	57
Tabulka 8. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví prostřednictvím testu nezávislosti – očekávané četnosti.....	57
Tabulka 9. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví.....	58
Tabulka 10. Četnost konzumace piva	58
Tabulka 11. Četnost konzumace vína	59
Tabulka 12. Četnost konzumace lihoviny.....	59
Tabulka 13. Četnost konzumace míchaného nápoje.....	59
Tabulka 14. Četnost první konzumace alkoholu prostřednictvím testu nezávislosti – pozorované četnosti.....	62
Tabulka 15. Četnost první konzumace alkoholu prostřednictvím testu nezávislosti – očekávané četnosti	62
Tabulka 16. První konzumace alkoholu podle věku.....	64
Tabulka 17. Četnost první opilosti prostřednictvím testu nezávislosti – pozorované četnosti	66
Tabulka 18. Četnost první opilosti prostřednictvím testu nezávislosti – očekávané četnosti	66
Tabulka 19. Věk první opilosti u chlapců a dívek	67
Tabulka 20. Pozorované četnost opilosti v životě prostřednictvím testu nezávislosti.....	68
Tabulka 21. Očekávané četnost opilosti v životě prostřednictvím testu nezávislosti.....	68

Tabulka 22. Četnost opilosti v životě u chlapců a dívek	69
Tabulka 23. Pozorovaná četnost opilosti během posledních 30 dnů prostřednictvím testu nezávislosti.....	70
Tabulka 24. Očekávaná četnost opilosti během posledních 30 dnů prostřednictvím testu nezávislosti.....	70
Tabulka 25. Pozorovaná četnost opilosti prostřednictvím testu nezávislosti	71
Tabulka 26. Očekávaná četnost opilosti prostřednictvím testu nezávislosti	71

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věk respondentů	43
Graf 2. Hodnocení a energie pojmu zdraví podle zaměření navštěvované třídy	51
Graf 3. Hodnocení pojmu alkohol podle pohlaví	53
Graf 4. Energie pojmu alkohol podle pohlaví.....	53
Graf 5. Hodnocení pojmu alkohol podle navštěvovaného ročníku	54
Graf 6. Energie pojmu alkohol podle navštěvovaného ročníku.....	55
Graf 7. Hodnocení a energie pojmu alkohol podle zaměření navštěvované třídy.....	56
Graf 8. Četnost konzumace alkoholu podle pohlaví.....	57
Graf 9. Četnost konzumace piva.....	60
Graf 10. Četnost konzumace vína.....	60
Graf 11. Četnost konzumace lihoviny	61
Graf 12. Četnost konzumace míchaného nápoje	61
Graf 13. První konzumace alkoholu podle věku.....	63
Graf 14. První konzumace alkoholu podle věku.....	65
Graf 15. Věk první opilosti	67
Graf 16. Četnost opilosti v životě	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník pro žáky základní školy

Příloha 1. Dotazník pro žáky základní školy

ANONYMNÍ DOTAZNÍK PRO ŽÁKY 2. STUPNĚ ZÁKLADNÍCH ŠKOL

Jmenuji se Iva Daňková, jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a obracím se na Tebe s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který má za cíl zjistit Tvoje postoje ke zdraví a k alkoholu. Dotazníky jsou zcela anonymní a budou použity pouze jako podklad pro napsání mé diplomové práce.

U otázek označ zakroužkováním písmenka jen jednu z nabízených možností. Není to test, nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi. Opravdu mě zajímají Tvoje postoje a pocity, proto odpovídej samostatně a za sebe.

Děkuji Ti mnohokrát za Tvoji ochotu při vyplnění dotazníku.

Jsi chlapec dívka (zakroužkuj odpověď)
Věk: roků
Škola:
Třída a zaměření:
Bydliště: město vesnice (zakroužkuj odpověď)

1. Pil/a jsi někdy nějaký druh alkoholického nápoje (myslíme tím třeba vypítí i malé sklenky)?

- a) ne
- b) ano

Pokud si odpověděl/a ne, přeskoč otázky č. 2-10 a pokračuj vyplňováním záznamových listů.

2. V kolika letech jsi poprvé pil/a nějaký druh alkoholického nápoje?

- a) 11 let a méně
- b) 12 let
- c) 13 let
- d) 14 let
- e) 15 let a více

3. Jak často se v současné době napiješ piva?

- a) každý den
- b) každý týden
- c) každý měsíc
- d) zřídka (méně než jednou měsíčně)
- e) nikdy

4. Jak často se v současné době napiješ vína?

- a) každý den
- b) každý týden
- c) každý měsíc
- d) zřídka (méně než jednou měsíčně)
- e) nikdy

5. Jak často se v současné době napiješ nějaké lihoviny (např. rum, vodka)?

- a) každý den
- b) každý týden
- c) každý měsíc
- d) zřídka (méně než jednou měsíčně)
- e) nikdy

6. Jak často se v současné době napiješ míchaného nápoje (např. tonik s fernetem)?

- a) každý den
- b) každý týden
- c) každý měsíc
- d) zřídka (méně než jednou měsíčně)
- e) nikdy

7. Vypil/a jsi někdy takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?

- a) ne, nikdy
- b) ano, jednou
- c) ano, 2–3krát
- d) ano, 4–10krát
- e) ano, víc než 10krát

8. V kolika letech jsi se poprvé opil/a?

- a) nikdy
- b) 11 let a méně
- c) 12 let
- d) 13 let
- e) 14 let
- f) 15 let a více

9. Kolikrát jsi byl/a opilý/á za svůj život?

- a) nikdy
- b) 1–2krát
- c) 3–5krát
- d) 6–9krát
- e) 10–19krát
- f) 20krát a více

10. Kolikrát jsi byl/a opilý/á během posledních 30 dnů?

- a) nikdy
- b) 1–2krát
- c) 3–5krát
- d) 6–9krát
- e) 10–19krát
- f) 20krát a více

Pokyny pro vyplňování další části dotazníku

Každý z nás má poněkud jiné pocity při vyslovení nebo při představě určitého slova (pojmu). Cílem výzkumu je zjistit jaké pocity máš při přemýšlení o věcech, které se týkají Tvého života.

Způsob vyplňování záznamových listů

Před sebou máš tzv. záznamové listy s 17 pojmy, ke kterým se máš vyjádřit. Každý pojem je třeba posoudit (ohodnotit) pomocí všech uvedených dvojic přídavných jmen zapsáním křížku na zvolené místo na pětibodové škále. Nenech se zaskočit tím, že o některých věcech se budeš vyjadřovat poněkud nezvyklým způsobem (např. budeš mít posoudit, jak dalece je zdraví „přísné“ či „mírné“ a podobně). Tvým úkolem je vždy posoudit, jaký pocit v tobě určitý pojem vyvolává a ne jen jeho skutečný vzhled nebo podobu.

Pracuj, prosím, zcela samostatně, nerad' se se spolužáky a nenahližej do jejich záznamových listů. Žádná tvoje odpověď nemůže být chybná, právě proto, že popisuje pouze tvé pocity nikoli vědomosti nebo znalosti.

Já

Dobrý/á	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatný/á
Lehký/á	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžký/á
Ošklivý/á	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásný/á
Snadný/á	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížný/á
Nepříjemný/á	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemný/á
Přísný/á	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírný/á

Volný čas

Dobrý	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatný
Lehký	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžký
Ošklivý	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásný
Snadný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížný
Nepříjemný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemný
Přísný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírný

Rodina

Dobrá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatná
Lehká	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžká
Ošklivá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásná
Snadná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížná
Nepříjemná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemná
Přísná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírná

Kamarádství

Dobré	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatné
Lehké	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžké
Ošklivé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásné
Snadné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížné
Nepříjemné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemné
Přísné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírné

Závislost k PC, tabletu, mobilu, internetovým hrám

Dobrá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatná
Lehká	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžká
Ošklivá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásná
Snadná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížná
Nepříjemná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemná
Přísná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírná

Spolužáci

Dobří	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatní
Lehcí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžcí
Oškliví	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásní
Snadní	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížní
Nepříjemní	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemní
Přísní	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírní

Zdravý způsob života

Dobry	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatný
Lehký	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžký
Ošklivý	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásný
Snadný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížný
Nepříjemný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemný
Přísný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírný

Alkohol

Dobry	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatný
Lehký	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžký
Ošklivý	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásný
Snadný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížný
Nepříjemný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemný
Přísný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírný

Závislost na alkoholu

Dobrá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatná
Lehká	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžká
Ošklivá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásná
Snadná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížná
Nepříjemná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemná
Přísná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírná

Kouření

Dobré	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatné
Lehké	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžké
Ošklivé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásné
Snadné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížné
Nepříjemné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemné
Přísné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírné

Drogy

Dobré	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatné
Lehké	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžké
Ošklivé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásné
Snadné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížné
Nepříjemné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemné
Přísné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírné

Zdraví

Dobré	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatné
Lehké	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžké
Ošklivé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásné
Snadné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížné
Nepříjemné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemné
Přísné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírné

Nemoc

Dobrá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatná
Lehká	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžká
Ošklivá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásná
Snadná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížná
Nepříjemná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemná
Přísná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírná

Zdravá strava

Dobrá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatná
Lehká	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžká
Ošklivá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásná
Snadná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížná
Nepříjemná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemná
Přísná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírná

Obezita

Dobrá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatná
Lehká	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžká
Ošklivá	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásná
Snadná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížná
Nepříjemná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemná
Přísná	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírná

Pohyb

Dobry	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatný
Lehký	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžký
Ošklivý	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásný
Snadný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížný
Nepříjemný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemný
Přísný	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírný

Stáří

Dobré	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Špatné
Lehké	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Těžké
Ošklivé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krásné
Snadné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Obtížné
Nepříjemné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Příjemné
Přísné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mírné

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Iva Daňková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Postoje žáků 2. stupně základních škol ve vybraných lokalitách Středočeského kraje ke zdraví a alkoholu
Název v angličtině:	Attitudes of second grade primary schools pupils to health and alcohol in select localities in Central Bohemian region
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje problematice postojů žáků šestých a devátých tříd na vybraných základních školách ve Středočeském kraji ke zdraví a alkoholu. V teoretické části jsou vymezeny pojmy týkající se zdraví, postojů, dospívání, alkoholu a mezinárodních studií rizikového chování. Výzkumná část popisuje výsledky výzkumného šetření na vzorku 277 respondentů za použití metody dvoufaktorového sémantického diferenciálu a dotazníku.
Klíčová slova:	alkohol, postoje, dospívání, sémantický diferenciál, zdraví
Anotace v angličtině:	The diploma thesis focuses on the attitudes of sixth- and ninth-grade pupils at select primary schools in the Central Bohemian Region with respect to health and alcohol. The theoretical part defines concepts related to health, attitudes, adolescence, alcohol and international studies of risky behavior. The research part describes the results of research conducted on a sample of 277 respondents using a questionnaire and the two-factor semantic differential method.
Klíčová slova v angličtině:	alcohol, adolescence, attitudes, semantic differential, health
Přílohy vázané v práci:	1. Dotazník pro žáky základní školy
Rozsah práce:	93 stran
Jazyk práce:	Český jazyk