

**Masarykova univerzita
Filozofická fakulta**

Ústav pedagogických věd

Bakalářská diplomová práce

2010

Petra Zdražilová

**Masarykova univerzita
Filozofická fakulta**

Ústav pedagogických věd

Pedagogika

Petra Zdražilová

Alkohol a kouření u žáků na 2. stupni ZŠ
Bakalářská diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Lojdová

2010

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.*

.....
Podpis autora práce

*Děkuji vedoucí práce Mgr. Kateřině Lojdové za podnětné
připomínky a názory a čas, který mi věnovala.*

OBSAH

Úvod.....	2
Teoretická část	4
1 Sociálně patologické jevy	4
1.1 Definice pojmu droga	5
1.2 Definice závislosti.....	6
1.3 Základní dělení patologických závislostí.....	8
1.3.1 Drogová závislost	8
1.3.2 Nedrogová závislost.....	10
1.4 Znaky a stadia závislosti	10
2 Osobnost žáka 2. stupně ZŠ	13
2.1 Vývoj osobnosti pubescenta	13
2.2 Pubescent a drogy	14
2.2.1 Faktory ovlivňující vznik závislosti u pubescenta	14
3 Alkohol	17
3.1 Stadia závislosti na alkoholu.....	17
3.2 Důsledky abúzu alkoholu.....	18
4 Kouření (tabakismus).....	20
4.1 Typologie kuřáků	21
4.2 Důsledky kouření	21
4.2.1 Pasivní kouření	22
5 Prevence užívání alkoholu a kouření	24
5.1 Primární prevence	24
5.2 Sekundární prevence	25
5.3 Terciární prevence	26
6 Trendy v užívání alkoholu a kouření mezi mladistvými	27
6.1 Trendy v užívání alkoholu	27
6.2 Trendy v kouření.....	29
Empirická část.....	31
7 Výzkumné šetření	31
7.1 Výzkumný problém	31
7.2 Předcházející výzkumy	32
7.3 Metodologie výzkumu	32
7.4 Charakteristika výzkumného vzorku	33
7.4.1 Základní škola Vnorovy.....	33
7.4.2 Základní škola a mateřská škola Veselí nad Moravou	34
7.4.3 Výsledky výzkumného šetření.....	35
7.5 Shrnutí.....	45
Závěr	48
Bibliografie	50
Seznam příloh	53

Úvod

Alkohol i tabák jsou v současné společnosti velmi hojně užívány a to nejen dospělými, ale věk těch, co kouří cigarety nebo pijí alkohol, se stále snižuje. V současnosti patří alkohol a tabák mezi nejčastěji užívané drogy na základních školách.

Dlouhodobé užívání těchto látek s sebou nese nemalá zdravotní rizika, která mohou vést až k závažným onemocněním vyžadujícím nákladnou a nepříjemnou léčbu. Zdravotními problémy nadměrné užívání těchto látek zpravidla končí, ale alkoholici a pravidelní kuřáci mívají také problémy ve sféře sociální a s přihlédnutím na stále rostoucí cenu tohoto zboží, i ve sféře ekonomické. Vzhledem k nákladnosti léčby a nemalým zdravotním rizikům je proto třeba zaměřit se především na prevenci těchto jevů.

Tato práce si klade za cíl analyzovat současné zkušenosti dětí ve věku 13 až 14 let s alkoholem a tabákem. Zjištění plynoucí z tohoto výzkumu budou přínosem především pro učitele dětí, kteří mohou na jeho základě posoudit míru účinnosti realizovaných preventivních aktivit, a také poskytnou informace jejich rodičům, kteří nevěří, že by v tak raném věku mohlo jejich dítě užívat nějaké návykové látky. Hlavní výzkumná otázka, na kterou hledám ve výzkumné části svojí práce odpověď, tedy zní „*Jaké jsou zkušenosti žáků osmých tříd základních škol s alkoholem a kouřením?*“

Práce se skládá ze dvou částí. V první (teoretické) části jsem nejdříve zmínila sociálně patologické jevy obecně, pod které alkoholismus a kouření spadají. Poté jsem definovala základní pojmy, jenž se budou v této práci často vyskytovat, vymezila základní dělení patologických závislostí a také jsem popsala znaky, díky kterým lze identifikovat drogově závislého.

Druhá kapitola se zabývá osobou žáka druhého stupně základní školy, nebo-li pubescenta, který tvořil můj výzkumný vzorek. Zde jsem nejdříve jen stručně nastínila tělesné, emocionální a kognitivní zvláštnosti dětí tohoto věku. Ve zbývajících částech této kapitoly jsem se zabývala různými faktory, které mohou mít vliv na to, jestli dítě tohoto věku sklouzne k užívání návykových látek či ne.

Alkohol je hlavním tématem třetí kapitoly, kde po stručném představení alkoholu jakožto látky, která je s lidstvem už několik století, popisuji stádia závislosti na alkoholu a následně psychické, somatické a sociální důsledky, které může mít nadměrné užívání této návykové látky.

V následující kapitole rozebírám tabakismus. Nejprve, podobně jako u předchozí kapitoly, píšou o tabáku obecně a poté se věnují rozdělení kuřáků podle množství vykouřených cigaret a následkům, které s sebou tento zlovyk nese. Jako podkapitolu jsem

zde zmínila také velmi nebezpečný fenomén, kterým je pasivní kouření, protože zde dochází k značnému ohrožení zdraví lidí, kteří nejsou kuřáci.

Další kapitola teoretické části mojí práce se zabývá možnostmi prevence výše zmíněných jevů a je zaměřena především na primární prevenci.

Poslední kapitola nastiňuje trendy v kouření a pití alkoholu u dospívajících, čímž je teoretická část uzavřena a plynule přechází do druhé části práce (empirické), jež zkoumá právě ono kouření a pití alkoholu u dětí na základní škole.

První kapitola empirické části se zaměřuje na výzkumný problém a pokládám si v ní hlavní výzkumnou otázku. Odpovědi na tuto otázku hledám pomocí dotazníku, který jsem předložila zkoumaným subjektům (viz. příloha č. 1). Následně jsou v této kapitole popsány hypotézy, které jsem si pro výzkum stanovila.

Další kapitola stručně nastiňuje výsledky již realizovaných výzkumů v této oblasti, jež jsou použity pro srovnání s výsledky mého výzkumu, aby bylo zjištěno, jakým směrem se situace v oblasti problematiky kouření a alkoholu u dětí na ZŠ vyvíjí.

Následující kapitoly se věnují metodologii výzkumu a stručné charakteristice výzkumného vzorku, jež tvořili žáci dvou základních škol, konkrétně ZŠ Vnorovy a ZŠ a MŠ Veselí nad Moravou.

Dále jsou popsány výsledky výzkumného šetření, jež jsou pro větší přehlednost prezentovány ve formě tabulek, a je ověřována úplnost hypotéz.

Poslední kapitolu je zaměřena na shrnutí výsledků výzkumu a zabývá se tedy poznatky, které jsou z výsledků výzkumu vyvozeny.

Teoretická část

1 Sociálně patologické jevy

Tato bakalářská práce je zaměřena na dva nejčastěji se vyskytující sociálně patologické jevy – kouření a alkohol. Dříve než však přejdeme k samotnému alkoholu a kouření, je nutné vysvětlit, co vlastně znamená ono označení „sociálně patologické jevy“, kam jsou alkohol a kouření řazeny, a vymezit další jevy, které pod toto označení patří.

Podle Ondrejковиče má pojem sociální patologie více významů, označuje studijní předmět, vědní disciplínu a také společensky nežádoucí jevy vyskytující se ve společnosti. Toto tvrzení doplňuje tím, že v současné době je sociální patologie zařazena do systému sociologických věd a zabývá se zkoumáním negativních jevů, které se vyskytují ve společnosti (Ondrejковиč in Kraus a kol., 2007). Mühlpachr definuje sociální patologii obdobně a to jako „souhrnný pojem pro označení chorobných, nenormálních, všeobecně nežádoucích společenských jevů.“ (Mühlpachr, 2008, s. 53). Ondrejковиč dále dodává, že sociálně patologické jevy „jsou odvozovány od tzv. normality společnosti, tedy od standardizovaného, očekávaného a vyžadovaného chování.“ (Ondrejковиč in Kraus, 2007, s. 9).

Studiem sociálně patologických jevů se zabývá celá řada vědních disciplín. Podle Fischera zejména „sociologie, psychologie, medicína, etopedie a další. Jednotlivé vědní disciplíny se zabývají studiem a rozбором příčin a faktorů, které vedly ke vzniku konkrétních sociálně patologických jevů, a které umožnily jejich existence ve společnosti.“ (Fischer, 2006, s. 8). Společným cílem těchto vědních disciplín je také učinit taková preventivní opatření, která povedou k eliminaci sociálně patologických jevů ve společnosti (Fischer, 2006).

Na přelomu 19. a 20. století byly mezi sociálně patologické jevy řazeny: válka, sebevražednost, nezaměstnanost, prostituce, homosexualita, alkoholismus a rozvodovost. Později se k nim přidaly „narkomanie, drogové závislosti, násilí a agresivita, patologie rodiny a pohlavní choroby.“ (Ondrejковиč in Kraus, 2007, s. 11). V současné době patří do skupiny sociálně patologických jevů zejména:

- „kriminálnita a delikvence,
- patologické závislosti (drogová, kultová, hráčská ...),
- sebevražednost,
- prostituce a pohlavní choroby,
- patologie rodiny (syndrom CAN,...),

- xenofobie a rasismus,
- agresivita a šikanování“ (Ondrejko in Kraus, 2007, s. 11).

Kouření a alkohol, na které se zaměřuje tato práce, jsou řazeny mezi tzv. patologické závislosti. Dříve, než však přejdeme k vymezení základního dělení patologických závislostí, je důležité definovat pojmy, které budou v práci užívány. Jedná se především o dva klíčové pojmy – droga a závislost.

1.1 Definice pojmu droga

Pojem droga pochází z francouzského slova „drogue“, které se vyskytuje ve 14. století a obecně „označuje sušené, tedy živočišné a rostlinné suroviny.“ (Göhlert, 2001, s. 18). Význam tohoto pojmu je však v současné době jiný. Nešpor a Csémy říkají, že droga je „chemická nebo přírodní látka, která mění tělesný nebo duševní stav člověka.“ (Nešpor, Csémy, 1992, s. 47). Podle Světové zdravotnické organizace může být drogou: „Jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“ (Šedivý, Válková, 1988, s. 18).

Podle Presla lze pod pojmem droga chápat „každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku.
2. může vyvolávat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“.“ (Presl, 1994, s. 9).

O potenciálu závislosti hovoří také Göhlert, který tvrdí, že se pojmem droga označují „ve speciálním významu psychoaktivní přirozené, polosyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti.“ (Göhlert, 2001, s. 18).

Tento potenciál je přítomen u každé drogy, avšak je vyjádřen různě. Látky, které mají schopnost vyvolat závislost a působí na psychiku člověka, nás obklopují na každém kroku. Jedná se však o drogy, které jsou v naší společnosti označovány jako legální, tudíž drogy, které jsou společností tolerovány. Především se jedná o alkohol a tabákové výrobky, ale pokud bychom se dívali na definici drogové závislosti velmi přísně, mohli bychom mezi drogy počítat také kávu či pouhý čaj, které mají určité stimulační účinky, jejichž působením dochází k ovlivňování psychiky (Presl, 1994).

Ve spojitosti s drogovou tematikou jsou důležitými pojmy také **úzus**, **abúzus** a **misúzus**. O úzu neboli užití či užívání hovoříme tehdy, je-li drog či léků užíváno „ve shodě s předpisy, v zájmu jednotlivce i společnosti.“ (Šedivý, Válková, 1988, s. 21). Dušek a Janík dodávají, že se jedná o konzumaci drog „v takovém množství a takových časových

odstupech, že se nevytváří závislost.“ (Dušek, Janík, 1990, s. 58). Naproti tomu abúzus znamená „zneužívání, především nadměrné požívání, nadužívání alkoholu a drog, ať už je to v pojetí „příliš mnoho“ nebo „příliš často“.“ (Šedivý, Válková, 1988, s. 21). Janík a Dušek charakterizují abúzus jako „zneužívání či nadměrné užívání nebo užívání v nevhodnou dobu a v nevhodném množství.“ (Janík, Dušek, 1990, s. 58). Co se misúzu týče, jedná se o „chybné, nenáležité užívání drog, k nimž se člověk dostal ať již legálně či nelegálně...“ (Šedivý, Válková, 1988, s. 21). Může se jednat také o užívání drogy v nevhodnou dobu (např. při práci či v průběhu těhotenství) (Šedivý, Válková, 1988).

1.2 Definice závislosti

Jak již bylo řečeno výše, pod pojmem droga si můžeme představit jakoukoli látku, která má schopnost pozměnit tělesný či duševní stav člověka a také schopnost vyvolat závislost, nese tedy tzv. potenciál závislosti. Závislost s člověkem existuje po staletí a neustále se vyvíjí. Lidé se snaží dostat tuto kategorii pod kontrolu, avšak stále se jim to nedaří (Mühlpachr, 2008). „Fenomémem současné postmoderní doby je závislostní chování jako součást životního stylu zvláště dětí, mladistvých a mladých dospělých.“ (Mühlpachr, 2008, s. 56).

Pokorný a kol. popisují závislost jako „duševní, resp. i tělesný stav periodické intoxikace organismu, který škodí jak jedinci, tak i společnosti, přičemž tento stav organismu je vyvolán užíváním drogy přírodní nebo syntetické.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 21). Podobně vidí závislost také Göhlert, který ji označuje jako stav, „při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká při opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení.“ (Göhlert, 2001, s. 20). Podle Světové zdravotnické organizace se jedná o „psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými (dalšími) reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 21). Charakteristiky závislosti zahrnují:

1. „Přemáhající přání či potřebu anebo nutkání pokračovat v užívání drogy a získat ji jakýmkoliv prostředky.
2. Tendenci zvyšovat dávku.
3. Psychickou (psychologickou) a někdy i fyzickou závislost na účincích drogy.“ (Šedivý, Válková, 1988, s. 18).

Presl k těmto třem bodům přidává ještě jeden a to „negativní důsledky pro jedince a společnost.“ (1994, s. 11). Nešpor říká, že závislost je „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha¹ (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák...“ (Nešpor, 2000, s. 14).

Jak již bylo řečeno výše, rozlišuje se mezi závislostí psychickou a fyzickou (somatickou).

Psychická závislost je „psychický stav vyvolaný podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání drogu užívat.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 23). Tento stav se projevuje při nedostatku drogy jako úzkost. Tuto úzkost vyvolává silná touha až nutkání po droze. Může se tak stát i v případě, kdy člověk vlastně vědomě drogu požit nechce (Pokorný a kol., 2002). Dále Pokorný a kol. říkají, že „rozvoj psychické závislosti bývá vázán na halucinace, tj. poruchu v oblasti smyslového vnímání, při které vzniká smyslový vjem bez toho, že by existoval podnět, který by jej vyvolával.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 23).

Při **fyzické závislosti** se jedná o stav organismu, který vzniká podáváním drogy, jenž bývá většinou dlouhodobé a často opakované. Pokud je podávání drogy na určitý čas pozastaveno, dochází k výskytu abstinenčních příznaků. Droga je již totiž zabudována do látkové výměny organismu, takže na pozastavení přísunu drogy reaguje organismus poruchou - abstinenčními příznaky (Pokorný a kol., 2002).

V souvislosti s fyzickou závislostí se objevuje pojem abstinenční příznaky nebo též **abstinenční syndrom**. Jedná se o „jeden z projevů již patrné drogové závislosti a intenzita, s jakou je přítomen, může být velmi různá.“ (Presl, 1994, s. 12). Nová látka se dostává do organismu, ten si na ni postupně zvyká, až se stane nedílnou součástí látkové přeměny. Tento proces vede k tomu, že u většiny drog dochází k vzestupu tolerance² a k tomu, že pokud organismus drogu nedostane nebo je pociťován její nedostatek, je tato situace prožívána jako nepříjemný stav. Tento stav nevzniká okamžitě, ale spíše pozvolna. Droga je většinou užívána, aby se odstranil nepříjemný stav a navodil se stav příjemný. Jakmile účinek drogy odezní, nastává návrat k výchozí úrovni (lze si to představit tak, že člověk se po požití drogy dostává z pomyslného bodu nula do plusového stavu). Tento stav se však postupně mění. Z původně pozitivního stavu, který jedinec zažíval při požití drogy, se

¹ Jedná se o tzv. craving neboli bažení po droze (Fišerová in Kalina a kol., 2003a).

² Organismu již nestačí to množství drogy, které mu stačilo na začátku a je tedy nutné postupně zvyšovat dávky drogy, aby byl dosažen stejný a očekávaný efekt (Presl, 1994).

dostává závislý do stavu normy, kdežto pokud zůstane bez drogy, dostává se do minusového stavu. Stav, kdy se jedinec ocitá bez drogy, začíná být nepříjemným a droga se stává nutností – vzniká syndrom abstinence (Presl, 1994). Tento syndrom je mnohem rozšířenější, než by se mohlo zdát. Můžeme jej rozdělit na:

„ - **fyzický** (nejrůznější fyzické obtíže, bolesti, křeče, průjmy, zácpy, pocení, slzení apod.);

- **psychický** (úzkost, neklid, podrážděnost, agresivita, únavnost, vyčerpanost, spavost, pasivita, nutková potřeba vzít znovu drogu atd.).“ (Presl, 1994, s. 12-13).

U každé drogy se abstinenční syndrom projevuje jinak, u některých je zdůrazněna fyzická složka, jiné jsou naopak charakteristické psychickým abstinenčním syndromem. Také je nutné uvědomit si i „skutečnost, že projevy abstinence jsou výrazně individuální, a proto také individuálně zvládnutelné.“ (Presl, 1994, s. 13).

1.3 Základní dělení patologických závislostí

Po definování klíčových pojmů můžeme přistoupit k základnímu dělení patologických závislostí. Dříve se o závislosti mluvilo pouze v souvislosti s drogami a alkoholem, avšak v dnešní době tomu tak již není. Jak upozorňuje Mühlpachr: „Závislostní chování se intenzivně šíří do oblastí hracích automatů, sexuálního chování, sledování televize, pracovní činnosti, odborníci zaznamenávají závislosti na jídle, hubnutí, závislost na sektách, kultech a narůstající počty klasicky závislých, tj. na alkoholu, drogách, cigaretách, kávě, čaji apod. Zdá se, že nabídka identifikace je víc než dostatečná. Hrozí nebezpečí, že v dnešním světě padne každý za oběť nějaké závislosti.“ (Mühlpachr, 2008, s. 56).

Základní dělení patologických závislostí udávají Pokorný a kol. (2002), kteří je dělí do dvou hlavních skupin, a to na závislosti drogové a nedrogové.

1.3.1 Drogová závislost

Existuje mnoho způsobů dělení drog vyvolávajících závislost, které se navzájem odlišují kritériem, ze kterého vycházíme.

Podle **míry tolerance ve společnosti** můžeme drogy rozdělit na legální a nelegální.

Legální drogy

Jedná se o drogy, které jsou ve společnosti běžně konzumované a zákonem povolené. Nazývají se též drogami se společensky akceptovatelným rizikem či kulturními drogami (Kraus, 2007).

„Nejčastěji užívanými legálními drogami v České republice jsou stejně jako v ostatních evropských státech alkohol a tabák. Užívání alkoholu i tabáku je celospolečensky tolerováno a problémy spojené s jejich užíváním jsou naopak podceňovány.“³ „Obdobně jako nelegální drogy vyvolávají alkohol i tabák stav závislosti, změny vnímání, nálady, myšlení a/nebo motorických funkcí, jejich užívání má za následek závažné zdravotní a sociální problémy.“⁴

Dále se mezi legální drogy podle Krause (2007) řadí kofein, analgetika a antipyretika.

Nelegální drogy

Mezi nelegální drogy řadíme látky, které jsou zakázané a jejichž přechovávání, užívání či distribuování je trestné. Mezi nelegální drogy patří opiáty, halucinogeny, konopné drogy, stimulancia a taneční drogy.⁵

Podle **převažujícího účinku** je možné drogy dělit na 5 samostatných skupin:

1. „Drogy s převážně sedativním účinkem (alkohol, sedativa, hypnotika, trankvilizéry, inhalační prostředky),
2. Drogy s převážně povzbuzujícím účinkem (stimulancia – kokain, amfetaminy),
3. Drogy s převážně halucinogenním účinkem (marihuana, LSD a syntetické drogy, MDMA a extáze, meskalin),
4. Narkotické látky (heroin, morfium, opium, syntetické opiáty, metadon)
5. Steroidy“

(Ondrejko in Kraus, 2006, s. 78).

V literatuře se nejčastěji objevuje dělení drog **podle míry rizika vzniku závislosti** na **měkké** a **tvrdé**, či **lehké** a **těžké**. Mezi tzv. měkké drogy patří například produkty konopí (hašiš, marihuana), káva, veškeré tabákové výrobky a alkohol. Zařazení alkoholu je však sporné, alkohol lze charakterizovat jako drogu, která stojí na rozhraní mezi měkkými a tvrdými drogami. Konzumace měkkých drog je většinou možná, aniž by riziko závislosti překročilo neúnosně vysokou mez (Presl, 1994). Pokorný a kol. (2002) dodávají, že měkké drogy mají na duševní rozpoložení jen mírně aktivizující a také utěšující účinek.

³ Dostupné z:

<http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2005_zaostreno_na_drogy> [cit. 2010-04-10]

⁴ Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2005_zaostreno_na_drogy> [cit. 2010-04-10]

⁵ Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy> [cit. 2010-04-10]

U tvrdých drog je riziko vzniku závislosti vysoké a neakceptovatelné (Presl, 1994). Na rozdíl od měkkých drog je jejich působení na duševní rozpoložení rychlé a prudké. „Patří mezi ně kupř. crack, heroin, kokain, pervitin, braun.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 21).

1.3.2 Nedrogová závislost

Nedrogové závislosti mají podobný mechanismus účinku jako závislosti drogové a to i „v případě, že zpravidla přímo, resp. primárně, nepoškozují tělo člověka v důsledku intoxikace. Zasahují totiž jak oblast lidské psychiky, tak i oblast sociálních vztahů člověka.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 77) A podobně jako drogové závislosti mají častokrát fatální dopad na život člověka (Pokorný a kol., 2002).

Mühlpachr (2008) řadí mezi tyto závislosti, které se především v poslední době hojně vyskytují, netomani čili závislost na Internetu, jež se projevuje především v užívání služeb, které jsou na Internetu nabízeny (surfování, chatování, online nakupování, počítačové hry,...). Dále sem patří závislost na televizi, workoholismus (závislost na práci), sexuální závislost (hypersexualita) patologické přejídání (bulimie) a patologické nakupování. Pokorný a kol. (2002) k těmto formám závislosti přidávají ještě jednu a to závislost na sektě.

1.4 Znaky a stadia závislosti

Existuje celá řada znaků, které poukazují na to, že někdo užívá drogy. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) lze diagnostikovat závislost v případě, že „během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a končení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.“ (Nešpor, 2000, s. 14).

Jak již bylo řečeno výše, závislost nevzniká ze dne na den či okamžitě, ale postupně se vyvíjí. Existuje tedy několik **stadií**, jimiž člověk prochází, než závislosti zcela propadne. Göhlert (2001) vymezuje čtyři stadia závislosti:

- 1. stadium** je charakteristické euforickým počátkem, kdy je účinek drogy téměř bezvýhradně pozitivní a negativním důsledkům není přikládána důležitost a jsou podceňovány. Konzumace drogy umožňuje snadný přístup ke skupině lidí, kteří mají podobné smýšlení. Tato nová orientace mimo domov je především u mladistvých velmi významná. Mladý člověk se zbavuje úzkosti, prožívá pocity uvolnění, dochází u něj ke zvýšenému pocitu sebehodnocení a sebevědomí. Problémy se tak za pomoci drogy dají odsunout a potlačit (Göhlert, 2001). Votavová dodává, že v tomto stadiu není droga cílem, nýbrž prostředkem a že takovéto experimentování k období dospívání patří a je poměrně častým jevem. Většina mladistvých z prvního stadia zcela přirozeně vystupuje (dojde ke změně hodnot, kamarádů atd.), avšak nikdo nikdy předem neví, jestli to nebude právě on, který bude drogou lapen (Votavová in Kolektiv autorů, 1997).
- 2. stadium** je označováno jako kritické a je charakterizováno vznikem návyku, postupnou nutností zvyšovat dávky a nutností častějšího konzumu. Tato fáze je velmi nebezpečná, jelikož látková výměna je již narušena, tělo si navykne na příjem nových látek, což se projevuje následným poškozením některých orgánů. Nejprve dochází k poškození mozku, které se projevuje poruchou koncentrace, schopnosti zapamatovat si a poruchou pozornosti. Sociální styky se postupně omezují pouze na další konzumenty drog a dochází též k finančním obtížím a dluhům, které mladiství řeší návštěvami peněženek rodičů i drobnými krádežemi. Droga už nemá ten samý účinek jako na začátku a člověk už si nedokáže představit fungování bez ní (Göhlert, 2001). Votavová se shoduje s Göhlertem, že toto stadium je velice rizikové. Droga již v této fázi není prostředkem, ale stává se cílem (Votavová in Kolektiv autorů, 1997).

3. **stadium** je stadiem závislosti. V tomto stadiu dochází ke enormnímu zvyšování dávek a ztrátě kontroly nad užíváním drogy, čili k neschopnosti s konzumem přestat. Vztahy v okolí se rozpadají a narůstají problémy ve škole, jakožto i kriminalita spojená s opatřováním drogy. Mladistvý vykazuje změny osobnosti a nálad, podrážděnost, či přechody od agresivity k sebelítosti (Göhlert, 2001). Votavová říká, že v tomto stadiu dochází k izolovanosti a také rozpadu „feťácké party“. Mladistvý se snaží přestat s užíváním drog, avšak často je vnitřně rozpolcený – na jednu stranu drogy brát chce a na druhou stranu zase ne. Buď se v tomto stadiu setká s pomocí, kterou dokáže přijmout, a vydá se na nelehkou cestu, která bude směřovat k jeho uzdravení, nebo nastoupí čtvrté stadium (Votavová in Kolektiv autorů, 1997).
4. **stadium** je označováno jako chronické stadium rozkladu. Ubývá snášenlivosti na drogu, což se projevuje počínajícím poškozením orgánů, především jater a ledvin. Následně dochází k rozpadu osobnosti, člověk se stává povrchním, lhostejným, nedokáže se radovat ze života a projevovat už téměř žádné emoce. Sociální kontakty s normálním prostředím už téměř nemá, okolí jím pohrdá a je v podstatě vyřazen ze společnosti (Göhlert, 2001). Votavová upozorňuje na to, jak paradoxní je, že v tomto stadiu opět „přestává být psychoaktivní látka to nejdůležitější, protože pozitivní efekt již prakticky neexistuje. Návyková látka závislému dovoluje žít. Člověk se ráno probudí s nastupujícími projevy abstinenčního syndromu a celý den se věnuje shánění své dávky. Všechno ostatní je druhořadé.“ (Votavová in Kolektiv autorů, 1997, s. 116).

2 Osobnost žáka 2. stupně ZŠ

Po vymezení základních pojmů, které budou v této práci užívány, bych nyní přesunula pozornost k charakteristice osobnosti žáka 2.stupně základní školy, na něhož je tato práce (především její praktická část) zaměřena. Období, kdy žák navštěvuje 2.stupeň základní školy, můžeme charakterizovat jako první etapu přechodu mezi dětstvím a dospělostí. Tato první etapa dospívání je časově zařazena přibližně mezi jedenáctý a patnáctý rok života a je označována jako pubescence (Vágnerová, 2000). Vágnerová říká, že v období pubescence dochází „ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího. Nejnápadnější je tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním. V souvislosti s ním se mění zevnějšek dospívajícího a stává se podnětem ke korekci sebepojetí.“ (Vágnerová, 2000, s. 209).

2.1 Vývoj osobnosti pubescenta

Jak konstatuje Vágnerová velmi významným projevem dospívání je proměna tělesné stavby jedince (Vágnerová, 2000). Především se jedná o velký růstový skok, který jak zmiňuje Říčan, má také psychologický důsledek a to takový, že pubescent je teď s dospělým víceméně na stejné úrovni - už k němu nevzhlíží (Říčan, 2004). U pubescentů dochází jak k proměně tělesných tvarů, tak ke zrání vnitřních pohlavních orgánů (první menstruace u děvčat a první poluce u chlapců) (Říčan, 2004).

Co se kognitivního vývoje týče, dochází u pubescenta ke změně uvažování. Tato fáze se nazývá stadiem formálních logických operací⁶. Důležitým pokrokem v tomto období je to, že pubescent začíná uvažovat hypoteticky. Jakmile si hypotetické myšlení osvojí, začne své schopnosti považovat téměř za všemocné. Z toho ovšem plyne také nadměrná kritičnost pubescentů, protože si myslí, že všechny problémy by šly snadno vyřešit (Vágnerová, 2000).

Emoční reakce se zdají být v období pubescence často nepřiměřené. I proto bývá toto období označováno jako „vulkanismus“, který je charakteristický větším citovým rozkyvem (Říčan, 2004). Vágnerová říká, že „tělesné změny v dospívání jsou podmíněny proměnou hormonálních funkcí. Proto s sebou přinášejí, jako všechny hormonální změny, větší či menší kolísavost emočního ladění, větší labilitu a tendenci reagovat přecitlivěle i na běžné podněty.“ (Vágnerová, 2000, s. 214). Říčan charakterizuje nálady pubescenta takto: „Pubescent reaguje podrážděně. Jeho nálady bývají labilní, nápadně často se mění,

⁶ Jedná se o poslední stadium kognitivního vývoje dítěte dle Jeana Piageta (Plháková, 2007).

převládají však záporné emoce: rozmrzelost, nepokoj, neklid, horečná aktivita, pak zase apatie hraničící s depresí.“ (Říčan, 2004, s. 177).

2.2 Pubescent a drogy

Právě v období pubescence dochází k počátečnímu experimentování s konzumováním drog. Toto období je velmi kritické, protože u pubescentů často vzniká obava z toho, že je nikdo nebude brát vážně, která je navíc spojená s nejistotou a snadnou urážlivostí. Pubescenti potřebují uznání od svého okolí a pokud se jim ho nedostane, objevuje se u nich pocit selhání. Výrazný pocit nejistoty může způsobit, že sebemenší kritická poznámka u nich dokáže vyvolat pochybnosti o sobě samém. Tyto poznámky totiž neberou pubescenti pouze jako kritiku chování, ale jako ohrožení celé jejich osobnosti (Göhlert, 2001). S Göhlertem se shoduje Vágnerová, která říká, že „nejistota a zranitelnost sebeúcty se projeví v přecitlivělosti na jakékoliv reakce jiných lidí, které bývají často, vesměs ne zcela adekvátně, interpretovány jako nepřátelské a urážející. Přitom komunikační partner vůbec nemusí mít takový úmysl. Jeho chování sice může být méně empatické, ale často stačí, aby dospělý neměl čas, nepovažoval problém za důležitý či hloupě žertoval.“ (Vágnerová, 2000, s. 215).

2.2.1 Faktory ovlivňující vznik závislosti u pubescenta

Závislost je jednoznačně onemocněním a zároveň také určitým společenským fenoménem, jelikož se toto onemocnění netýká pouze jedince, ale s jeho důsledky se potýká také okolní společnost. Odpovědět na otázku, proč dochází ke vzniku závislosti, není snadné, vždy se totiž jedná o souhru celé řady faktorů, které působí na toho kterého jedince (Presl, 1994).

Tyto faktory bývají souhrnně označovány jako tzv. bio-psycho-sociální model vzniku závislosti (Kudrle in Kalina a kol., 2003a).

Co se **biologických faktorů** týče, Presl tvrdí, že zřejmě „neexistuje tak nešťastná kombinace osobnostních charakteristik, která by určitého jedince neodvolatelně předurčovala ke vzniku závislosti na drogách.“ (Presl, 1994, s. 49). Dále dodává, že za určitých podmínek lze závislost vypěstovat v podstatě u každého, avšak určité predispozice, které zvyšují riziko vzniku problémů, lze najít (Presl, 1994). Pokorný a kol. (2002) označují jedince, u nichž existuje větší náchylnost ke vzniku

drogové závislosti, jako tzv. rizikové skupiny a definují společné rysy, které tito jedinci mají.

Mezi tyto rysy patří zvýšená labilita (časté střídání nálad), nezdrženlivost, přítomnost hysteroidních charakteristik (např. sebestřednost), přítomnost psychopatických rysů, impulzivita či jakási forma psychické nestálosti projevující se například častou změnou názorů (Pokorný a kol., 2002). Některé z těchto rysů jsou pro pubescenty typické, proto také oni patří mezi rizikovou skupinu.

Royce konstatuje, že „zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů – alkoholiků.“ (1989, in Kalina a kol., 2003a, s. 91). To se projevuje od počátečních zkušeností s alkoholem, kdy mladistvý má vyšší toleranci vůči zkonzumovanému množství alkoholu než ostatní (Kudrle, in Kalina a kol., 2003a).

Psychogenní faktory působí již na plod v období nitroděložního vývoje. Pokud je těhotenství prožíváno jako stresová situace, informace o stresu je přenesena také na plod. Pokud žena použije nějaké látky na utlumení tohoto stresu, opět se tato informace přenáší na plod a tím pádem se vytváří jakýsi vtisk o efektu, který přináší tlumivě působící látky při stresové situaci. Pokud pak v období postnatálním užije potomek podobnou látku, zažije efekt nový, ale přitom už dávno poznaný. Pokud jedinec zareaguje na tuto látku pozitivně, může to posílit vznik návyku (Kudrle in Kalina a kol., 2003a).

Sociální faktory označuje Presl jako faktor, který se nejvýznačněji podílí na vzniku závislosti. Tato skupina je velmi široká a lze do ní zařadit vše, co nás obklopuje, působí na nás a také spoluvytváří náš postoj ke světu. Vytváření našeho vlastního postoje probíhá nejintenzivněji v rodině, kde vlivy prostředí působí nejsilněji. V rodině získáváme základní identifikační vzory a modelové situace, při jejichž řešení pak dochází u jedince k posilování reakcí a to jak vhodných, tak i nevhodných (Presl, 1994).

V období pubescence dochází k postupnému odpoutání se od rodiny, kdy dětská závislost je nahrazena zralejším citovým vztahem (Vágnerová, 2000). Přesto má rodina (především matka) stále vliv na vznik drogové závislosti. Prototyp chování matek, které je velmi rizikové pro vznik problému s drogami označuje Presl jako **hyperprotektivní model**. Jedná se o chování, jemuž dominuje především přepečlivost. Takováto matka jakoby ustrne na určitém bodě vývoje vztahu k dítěti a svého potomka stále vidí jako malé dítě a ne jako dospívajícího jedince s větší potřebou sebeprosazení. Její péče je pak nejen nadměrná, ale také nepřiměřená věku dítěte. Následným řešením

a pomocí pro dospívajícího, který má problémy, může být snížení péče matky, která se však s touto skutečností velmi těžce vyrovnává, avšak s pomocí odborníka se dá chybné chování přeučit a ukázat rodičům možnosti, jak napravit dosavadní chyby (Presl, 1994).

V rodinném prostředí se mohou vyskytovat také další jevy, které riziko vzniku závislosti zvyšují. Jedná se především o „neuspořádané rodinné poměry, ve kterých dítě, resp. mladistvý, vyrůstá, schvalování alkoholu nebo drog v rodině, zneužívání alkoholu nebo drog v rodinném systému, nejrůznější rodinné dysfunkce – odtržení rodiny od okolního světa, lhostejnost a nepřátelství vůči společnosti, neúplná rodina, psychické onemocnění některého ze členů rodiny, chudoba a nezaměstnanost, sexuální zneužití nebo zneužívání.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 29).

Snahu o osamostatnění pubescenta od rodiny doprovází především to, že se začíná realizovat jinde, to znamená, že se orientuje na jiné sociální skupiny. Do těchto skupin patří především vrstevníci a kamarádi (Vágnerová, 2000). „Vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mohou mít za určitých okolností větší vliv než dospělí.“ (Vágnerová, 2000, s. 244). Tyto skupiny také výrazně zvyšují riziko míry vzniku problému s drogou. Pocity jistoty a bezpečí, které pubescentovi dříve poskytovala rodina, nyní nachází mezi vrstevnickou skupinou (Vágnerová, 2000). Pubescenti ve skupině napodobují jeden druhého, což může být nebezpečné, pokud se jedinec dostane do party, kde se berou nějaké drogy. Ovlivněn ostatními členy party pubescent drogu také okusí, je nadšen euforickým stavem, který mu droga propůjčuje a který se však brzy mění ve stadium upnutí se na drogu a následně je mladistvý ohrožen vznikem závislosti. Ke droze pak utíká pokaždé, když nastane nějaký problém a jeho zájmy se často omezí pouze na konzumaci drog. Bez nich je otrávený a podrážděně reaguje na sebemenší problém (Göhlert, 2001).

Poslední faktor, který k výše zmíněným přidává Presl, je **samotná droga**. Presl k tomuto faktoru říká, že „přítomnost drogy jako faktoru ovlivňujícího vznik závislosti nelze vyloučit. Je zřejmé, že pokud by kolem nás neexistovaly žádné návykové látky ovlivňující psychiku, drogový problém by těžko vznikl.“ (Presl, 1994, s. 59). Hned vzápětí však dodává, že takováto situace je vyloučena a nepomůže zde ani prohibice, která vede pouze ke vzniku organizovaného zločinu. Je nutné se tedy s přítomností drog smířit a ochránit sám sebe, dokázat odmítnout a také umět zodpovídat za své vlastní chování (Presl, 1994).

3 Alkohol

Alkohol je látka, která vzniká „chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo z brambor.“ (Kalina a kol., 2003 a, s. 151). Pro člověka je alkohol požitelný pouze ve zředěné formě v podobě alkoholických nápojů (Šedivý, Válková, 1988).

Jedná se o drogu, jejíž tradice sahá více než tisíc let do minulosti a která je společností schvalována a podceňována. Alkohol se od svého vynalezení stal součástí spousty rituálů, které se dodržují i v dnešní době. Tyto rituály, jež jsou spojeny s konzumací alkoholu, jsou vysoce nebezpečné především pro oslovení mládeže a dětí. Symbol dospělosti lze vidět v rituálu fukání na zdraví. Pokud si dítě nenajde jiné rituály, jimiž by mohlo projevovat dospělost, pak je rituál pití lehce dosažitelný (Mühlpachr, 2008).

Alkohol (podobně jako tabák) je drogou průchozí, což znamená, že část dětí, které tyto látky okusí, z nich pak přechází k látkám jiným, nebezpečnějším. Toto riziko je tím větší, čím dříve děti alkohol či tabák okusí (Mühlpachr, 2008).

3.1 *Stadia závislosti na alkoholu*

Nejčastěji se v odborné literatuře objevuje dělení vývoje závislosti na alkoholu na čtyři stadia vypracované kanadským psychiatrem Jellinkem. Tato klasifikace je obecně přijímána nejen u nás, ale také v zahraničí (Mühlpachr, 2008).

1. stadium: iniciální, počáteční

Pijící se nijak neliší od svého okolí, pitím se snaží překonat stresové a neřešitelné situace (Jellinek in Mühlpachr, 2008). Tuto fázi charakterizují společenské motivy, při kterých člověk dochází do styku s alkoholem. Když člověk požije alkohol, dostaví se pocity euforie, kvůli kterým v požívání alkoholu pokračuje (Pokorný a kol., 2002).

2. stadium: prodromální, varovné

S rostoucí tolerancí se zvyšuje hladina alkoholu v krvi. Dochází k preferenci tajného pití a pití s předstihem (tj. dříve, než dorazí společnost) (Jellinek in Mühlpachr, 2008). Tuto fázi lze označit jako předzvěst samotné závislosti. Piják dokáže sobě, ale také ostatním lidem zdůvodnit, proč pije a také tvrdí, že může

kdykoliv přestat. Vyhýbá se také jakýmkoliv diskuzím o tom, že začíná propadat závislosti (Pokorný a kol., 2002).

stadium: kruciální, rozhodné

Stále se zvyšuje tolerance a alkohol se stává součástí metabolických dějů. Opilosti se opakují a vedou k nárůstu konfliktů s okolím. Postižený si vypracovává systém zdůvodnění, jimiž omlouvá své pití (Jellinek in Mühlpachr, 2008). „Napije-li se alkoholu, pije až do opilosti. Dovede nějaký čas abstinovat, ale jakmile se napije, nedokáže se již ovládnout a pije až do stavu intoxikace. V této době se začínají dostavovat „okénka“, tj. amnézie, která je způsobena tím, že alkohol zablokuje oblast vědomí a člověk si na dobu, kdy k tomu došlo, nevzpomíná.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 31).

stadium: terminální, konečné

V této fázi už není člověk téměř schopen vstát ráno z postele bez požití alkoholu, jsou nutné tzv. ranní doušky, aby mohl vůbec začít fungovat. Dochází ke snižování tolerance, stačí již opravdu malé množství alkoholu, aby se opil a když se napije, tak pokračuje i několik dní (Pokorný a kol., 2002).

„Ve 3. a 4. stádiu může kdykoliv dojít k chronifikaci choroby, kdy se následky abúzu stanou trvalými, neodstranitelnými, vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu.“ (Jellinek in Mühlpachr, 2008, s. 83).

3.2 Důsledky abúzu alkoholu

Důsledky abúzu alkoholu, které lze rozdělit na akutní a chronické.

Projevem **akutního** působení alkoholu je obvykle prostá opilost (Dušek, Janík, 1990). Při opilosti dochází k „akutní intoxikaci alkoholem a její průběh závisí jak na množství požitého alkoholu, tak i na individuální snášenlivosti. Ta se může měnit i podle aktuálního psychického a tělesného stavu jedince.“ (Dušek, Janík, 1990, s. 59). Mezi důsledky opilosti patří podle Říčana, Krejčířové a kol. „alkohol v dechu (někdy maskovaný bonbony apod.), zarudlé oči, zhoršená pohybová souhra, bolesti hlavy v kocovině, nejistá chůze, ospalost, nezřetelná výslovnost, často oslabení zábran, slovní nebo i fyzická agrese.“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1995, s. 179).

Při dlouhodobém abúzu alkoholu dochází k **chronickým** (dlouhodobým) důsledkům. Mezi chronické důsledky řadíme tzv. alkoholové psychózy. Nejčastější

alkoholovou psychózou je delirium tremens⁷, kterou charakterizují především „úzkostné stavy, nespavost, neklid, předrážděnost, děsivé sny, popřípadě i přesahující halucinační vsuvky po probuzení.“ (Heller, Pecinovská a kol., 1996, s. 67). Pokorný a kol. dodávají, že pro delirium tremens „jsou typické tzv. mikrozoopsie, při nichž postižený vidí a vnímá ataky velmi drobných zvířat, nejčastěji se jedná o pavouky, mušky aj. hmyz.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 34).

Dále sem patří Korsakovská psychóza, která vzniká následkem několikaletého pití a je charakteristická poruchami paměti, konkrétně fáze vstíplivosti. Mezery v paměti se pak nemocný snaží vyplnit konfabulacemi (Mühlpachr, 2008). Mezi psychózy dále patří „alkoholová halucinóza (objevují se při ní sluchové halucinace), alkoholová paranoia (blud žárlivosti, podezíravosti, nedůvěry, vztahovačnosti), alkoholová demence (vyskytuje se u konzumentů piva: vyznačuje se ztrátou zábran, emoční labilitou, zřetelným úbytkem inteligence).“ (Hosek, 1998, s. 35).

Co se tělesných následků týče, jednou z nejobávanějších nemocí je cirhóza jater, která často končí selháním jater a následnou smrtí. Dále se jedná o chronické poškození srdce, vznik této nemoci však předpokládá nadměrné a soustavné požívání alkoholu, které trvá okolo deseti let. Ohrožena je také slinivka břišní, může docházet k degeneraci mozkových buněk a také hrozí nebezpečí vzniku tuberkulózy. Zvýšené je též riziko míry vzniku rakoviny hltanu, dutiny ústní, jícnu, ale také hrtanu, kdy je průběh urychlen kouřením cigaret (Hosek, 1998).

Vzhledem k rozšířenosti tohoto fenoménu je důležité zmínit také sociální důsledky, které s sebou nadměrné požívání alkoholu nese. Patří mezi ně především „nižší produktivita práce nebo dlouhodobá nezaměstnanost, bezdomovectví a nedokončené vzdělání, rodinné problémy, rozvody, zanedbávání dětí, finanční problémy nebo trestná činnost.“⁸

⁷ Alkoholové delirium (Zvolský a kol., 2003).

⁸ Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2005_zaostreno_na_drogy> [cit. 2010-04-10]

4 Kouření (tabakismus)

Kouření je mezi žáky, respektive ve školní populaci, výraznějším jevem než pití alkoholu. To, že někdo kouří, symbolizuje dospělost a mužnost. Heller konstatuje, že existuje spojení mezi kouřením a prospěchem. Čím je prospěch horší, tím častěji žák kouří. Typickým silným kuřákem je tedy chlapec deváté třídy základní školy, který má podprůměrný prospěch. Už v osmé třídě u chlapců, kteří mají špatný prospěch, lze najít návykové kouření (Heller in Mühlpachr, 2008).

Tabák je řazen mezi návykové drogy, které jsou velmi rozšířené. Jeho účinky se neprojevují tak rychle, ale vzhledem k jeho rozšířenosti jsou velmi citelné (Mühlpachr, 2008). Cigaretový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabákových listů a „obsahuje více než tři tisíce látek a sloučenin, z nichž některé více, jiné méně působí na lidský organismus.“ (Svobodová, Kozák, 1990, s. 26). Nejnebezpečnějšími látkami, které kuřák vdechuje, jsou nikotin, dehty a oxid uhelnatý.

- **Oxid uhelnatý (CO)** se váže na hemoglobin a tím pádem zabraňuje jeho funkci přenašeče kyslíku a dochází ke vzniku karboxyhemoglobinu, jehož působení ovlivňuje nervový systém a vytváří prostředí, ve kterém mohou vznikat srdečně cévní onemocnění. Jeho přítomnost v krvi zapříčiňuje bolest hlavy a to nejen kuřáků, ale také nekuřáků, kteří dýchají vzduch v prostředí, jež je zakouřeno.
- **Dehty** tvoří převážnou část tabákového kouře. Jejich působení má hlavní podíl na vzniku nádorových bujení.
- **Nikotin** je látka, která je hlavní příčinou kouření a vzniku závislosti. Nikotin vstupuje velmi rychle do krevního oběhu a v mozku způsobuje například uvolňování adrenalinu, jež zapříčiňuje zvýšenou srdeční činnost, zúžení cév, zvýšení krevního tlaku atd. (Svobodová, Kozák, 1990).

Pokorný a kol. konstatují, že z velkého množství chemických látek v tabákovém kouři je návyková pouze jedna – nikotin (Pokorný a kol., 2002). To je v rozporu s tvrzením Duška a Janíka, kteří tvrdí, že při kouření tabáku „nejde jen o závislost na nikotinu, ale i některých dalších látkách, které jsou v tabáku obsaženy a které mají rovněž svůj podíl na poškozování organismu.“ (Dušek, Janík, 1990, s. 51).

4.1 Typologie kuřáků

V literatuře se nejčastěji vyskytuje dělení kuřáků do skupin podle Schmidta, který rozlišuje příležitostného kuřáka, návykového kuřáka, kuřáka s psychickou závislostí a kuřáka s psychickou a fyzickou závislostí. Kuřáci jsou zde rozděleni do kategorií podle míry závislosti na cigaretách:

1. „Příležitostný kuřák

Kouří občas. Na základě kuřáckých zvyklostí, které stimulují. Necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí jím pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.

2. Návykový kuřák

Kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou tak fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost. Kouření může ukončit bez větší námahy.

3. Kuřák s psychickou závislostí

Do této skupiny patří kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Lze sem řadit i ty, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.

4. Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí

Do popředí vstupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně negativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření.“

(Schmidt, 1982, in Mühlpachr, 2008, s. 88).

4.2 Důsledky kouření

Různá míra závislosti, která byla popsána v předcházející kapitole, s sebou také nese různě závažné důsledky a onemocnění, které mohou v krajním případě končit i smrtí člověka. K experimentování s kouřením a vzniku závislosti na tabáku dochází často v dětství a dospívání a už tehdy je zaděláno na nemalé problémy. Avšak bez rizika nejsou ani děti, které nekouří, ale jsou vystavovány pasivnímu kouření. Důsledkům kouření a problematice pasivního kouření budou věnovány následující dvě kapitoly.

Důsledky kouření můžeme rozdělit na akutní a chronické. K **akutním** důsledkům kouření se vyjadřují Říčan, Krejčířová a kol., kteří uvádějí, že akutní otrava nikotinem je typická pro kuřáky začátečníky a jejími příznaky jsou nejčastěji „bledost, studený pot, nevolnost, případné zvracení, závrať, bolesti hlavy, pokleslá nálada.“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1995, s. 182). Dušek a Janík doplňují, že „v těžších případech dochází i k psychickým poruchám spojeným s poruchami vědomí. Někdy se mohou vyskytnout stavy zmatenosti a obluženosti (podobně jako při požití nadměrného množství alkoholu), byly popsány i zrakové a sluchové halucinace. Otrava obvykle nemá dlouhé trvání a potíže zanedlouho odezní.“ (Dušek, Janík, 1990, s. 51).

Závažnější jsou však **chronické** (dlouhodobé) důsledky kouření. Pokorný a kol. označují chronickou otravu nikotinem jako nikotinismus a říkají, že k němu dochází tehdy, „kouří-li kuřák více jak dvacet cigaret denně.“ (Pokorný a kol., 2002, s. 26). Při chronické otravě nikotinem je postižen nejen tělesný, ale také psychický stav člověka (Dušek, Janík, 1990). Nejvíce je ohroženo dýchací ústrojí. Choroby, které především ohrožují dýchací ústrojí, jsou „rakovina plic a hrtanu, chronický zánět průdušek, rozedma plic.“ (Novák a kol., 1980, s. 23). Dále dochází k poškození „srdce a cév (ischemická choroba srdeční, poruchy prokrvení mozku a periferních cév), ústrojí trávicího (rakovina rtu, dutiny ústní, jícnu a slinivky břišní, vředová choroba žaludku a dvanáctníku) a ústrojí vyměšovacího (rakovina a jiné nádory močového měchýře).“ (Novák a kol., 1980, s. 23). Co se psychických obtíží člověka, který dlouhodobě nadměrně kouří týče, mohou se projevovat „nesoustředěností, nervozitou, sklony k výbušnosti, sklony ke zvýšenému sebepozorování, strachu o své zdraví, snížením celkové psychické aktivity nebo otupělostí.“ (Dušek, Janík, 1990, s. 52).

4.2.1 Pasivní kouření

Jak již bylo řečeno v úvodu předchozí kapitoly, kouření neohrožuje pouze kuřáky, ale také všechny ostatní, kteří se vyskytují v jejich bezprostřední blízkosti a jsou nuceni vdechovat cigaretový kouř. Pasivní kouření je tedy velmi nebezpečné a nese s sebou značné riziko vzniku následků, které mohou být i trvalými.

Kandus definuje pasivní kouření jako „nedobrovolné vdechování cigaretami znečištěného vzduchu v uzavřených místnostech.“ (Kandus, 1987, s. 35). Jak tvrdí Novák a kol., pro malé dítě představuje pasivní kouření ohrožení na zdraví (Novák a kol., 1980). Své tvrzení podkládají anglickým výzkumem, ve kterém byl prokázán „vyšší výskyt zánětů dýchacích cest a plic u dětí žijících v rodinách, kde se kouří a kde je vzduch soustavně

znečišťován zplodinami tabáku.“ (Novák a kol., 1980, s. 71). Dále dodávají, že citlivost výstelky dýchacích cest dítěte na tabákový kouř je mnohonásobně vyšší než u dospělého, proto je kouření v přítomnosti dětí mladších tří let pro jeho zdraví nebezpečné. Pokud je dítě vystavováno kouři, dochází k zánětům dýchacích cest, jejichž opakování může vést až k alergii, která pak může být celoživotním problémem (Novák a kol., 1980). Stejného názoru jsou také Svobodová s Kozákem, kteří říkají, že pasivní kouření „způsobuje nejen u dětí a nemocných osob, ale i u zdravých nekuřáků dráždění spojivek, sliznice nosu a dýchacích cest.“ (Svobodová, Kozák, 1990, s. 32). Novák a kol. dále uvádí, že byl prokázán nikotin vyskytující se v moči dětí, které pobývaly v zakouřené místnosti (Novák a kol., 1980).

Závěrem této kapitoly lze říci, že přítomnost tabákového kouře v ovzduší škodí zdraví všech, kteří jsou vystaveni jeho působení. Zvláště nebezpečné je jeho působení především pro děti, které jsou mnohonásobně citlivější než dospělí a jimž může vdechování tabákového kouře způsobit následky, které si ponesou po celý život.

5 Prevence užívání alkoholu a kouření

Na úvod této kapitoly zabývající se prevencí kouření a užívání alkoholu, bych ráda zmínila výrok Presla, který říká: „Neexistují žádné zaručené metody prevence, stejně jako neexistují žádné zaručené metody léčby.“ (Presl, 1994, s. 63). Ačkoliv se tento výrok může jevit značně pesimisticky, je zde pouze poukázáno na fakt, že by mělo existovat co nejširší spektrum možností, protože je třeba, aby „prevence i léčba byly orientovány k zasažení všech osobnostních struktur, od těch stádních až po největší individualisty.“ (Presl, 1994, s. 63).

I přesto lze říci, „že existují některé mechanismy, kterými se dá riziko míry vzniku drogového problému zmenšit na minimum.“ (Presl, 1994, s. 63). Tyto mechanismy lze shrnout pod jednotlivé oblasti prevence, kterou dělíme na primární, sekundární a terciární.

5.1 Primární prevence

Primární prevence je nejdůležitější oblastí prevence, jelikož zahrnuje všechny aktivity, které směřují k jasnému cíli a to, aby vůbec nedošlo ke vzniku drogového problému. V oblasti primární prevence hraje důležitou roli rodina, která vštěpuje dítěti základní morální hodnoty a kde je důležité s dítětem o drogách mluvit a vysvětlit mu, proč je lepší se jim vyhnout (Presl, 1994).

Nešpor a Csémy říkají, že s prevencí, která je cíleně zaměřená proti škodám, které působí především alkohol a kouření, je třeba začít už kolem sedmého roku života dítěte (Nešpor, Csémy, 1992). V období kolem třináctého roku života dítěte dochází k postupnému oddělování dítěte od rodiny a na významu získává především skupina vrstevníků. V tomto období je prevence velmi důležitá, jelikož tato věková skupina bývá zvláště ohrožena (Nešpor, Csémy, 1992).

Za nejefektivnější způsob prevence je považována prevence na mikroúrovni, čili prevence, která je zaměřena na přesně definovanou skupinu (např. žáci osmých tříd). Mezi hlavní formy této prevence patří přednášky a besedy, které jsou většinou jenom nárazové a pořádané pro větší počet posluchačů, tudíž jejich efektivita je bohužel nízká. Dále se jedná o komponované pořady, které jsou pro posluchače přitažlivější nežli besedy, ale opět u nich platí stejná omezení. Avšak jako doplněk dlouhodobých aktivit na školách jsou vítány (Skalík in Kalina a kol., 2003b).

Velký význam v prevenci hrají tzv. peer programy, neboli programy za účasti vrstevníků (Nešpor, Csémy, 1992). Kalina a kol. uvádí, že peer programy využívají základního poznatku a to, že „vrstevníci výrazně působí na formování postojů jedince, a

proto mohou účinně zasáhnout do žádoucí změny jeho rizikového chování. K tomuto účelu jsou vybráni jedinci, kteří projdou výcvikem. Poté působí na rizikovou skupinu (peer efekt).“ (Skalík in Kalina a kol., 2003b, s. 288).

Peer programy, besedy a další protidrogové aktivity jsou legalizovány na základě Minimálního preventivního programu (dále jen MPP), který je realizován pod záštitou MŠMT. MPP vypracovává „školní metodik prevence ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky.“ (Skácelová in Kalina a kol., 2003b, s. 291). Součástí MPP je také školní řád, jež jasně vyjadřuje postoj vzdělávacího zařízení ke drogám (legálním i nelegálním) a ve kterém jsou popsány kroky a opatření, která budou provedena, dojde-li k jeho porušení (Skácelová in Kalina a kol., 2003b).

Jako efektivní programy primární prevence byly hodnoceny „interaktivní programy pro žáky vedené peer aktivisty, odborníky a proškolenými samotnými pedagogy (zejména na základních školách – ZŠ). Dále to byly vrstevnické (peer) programy s využitím jejich pozitivního vzoru na cílovou skupinu atd.“ (Skácelová in Kalina a kol., 2003b, s. 291).

Primární prevence je realizována i samotnými pedagogy, kteří informace o návykových látkách zařazují do vyučovacích předmětů (např. rodinná či občanská výchova). Tato prevence by měla být soustavná a dlouhodobá, realizovaná v malých skupinkách, kde by se žáci měli aktivně zapojovat a ne pouze pasivně poslouchat. Důležitý je požadavek jednotnosti a komplexnosti, kdy v rámci školní práce máme na mysli spolupráci učitelů, školy s rodinou a dalšími institucemi, jež se na primární prevenci podílí (Skácelová in Kalina a kol., 2003b).

5.2 Sekundární prevence

Pokud už došlo u mladého člověka k experimentování s drogou, patří už tato fáze do sekundární prevence, kdy je důležité, aby byl problém včas vyhledán a následně realizována jeho léčba. Na jedinci, který experimentuje s drogami, či už má nakročeno k rozvoji závislosti, lze pozorovat určité znaky, jež byly popsány v kapitole 1.4. V této fázi je možné dostat se z problémů s drogou vlastní pomocí, získáním náhledu, obrovskou motivací a důsledkem zrání vlastní osobnosti. Avšak terapeutické zařízení mají i v takovýchto případech nezastupitelnou roli a ve většině případů jsou jediným východiskem z problémů (Presl, 1994).

5.3 Terciární prevence

Pole působnosti terciární prevence spočívá především ve snižování negativních důsledků konzumace drog. Základní myšlenky terciární prevence „především akceptují fakt, že jsou zde lidé, kteří své braní drog nevidí jako problém a nehodlají se léčit – alespoň v určité fázi vývoje.“ (Presl, 1994, s. 66). Přesto může této skupině společnost něco nabídnout, nejde o léčbu, ale o péči. Tím, že bude nepostižená společnost pečovat o rizikové skupiny, chrání vlastně sebe sama a především mládež (Presl, 1994).

Jedním z přístupů terciární prevence je tzv. substituce, jejíž základní myšlenka spočívá v tom, že braní nelegálních a nečistých drog je nahrazeno drogou, která je chemicky čistá a podaná legálním způsobem v zařízení, které je k tomu přizpůsobené. Tato varianta se používá pouze tehdy, pokud všechny ostatní preventivní a léčebné postupy selhaly. Jedná se o volbu menšího zla. V tomto zařízení se závislý setkává s terapeutem, je zde možnost komunikace s ním a po dohodě s pacientem může dojít k postupnému snižování dávky drog až k úplné abstinenci (Presl, 1994).

6 Trendy v užívání alkoholu a kouření mezi mladistvými

Existuje řada výzkumů, provedených v České republice, zabývajících se výskytem užívání alkoholu a kouření mezi mladistvými a reflektujících tehdejší situaci. Tato kapitola se bude zabývat nástinem vývoje situace se zaměřením především na žáky základních škol, jimž bude věnována také praktická část mé práce.

6.1 Trendy v užívání alkoholu

Jeden z prvních průzkumů týkajících se pití alkoholických nápojů provedl Mareček po druhé světové válce. Průzkum byl proveden v Západočeském kraji, kde v jedné z obcí vyšetřil 124 školních dětí. Výsledky průzkumu ukázaly, že ze 124 dětí ve věku od 6 do 14 let abstinovalo pouhých 27 (Mečtř, 1965). „Většina ostatních pila pivo, ale někteří i víno (34) a rum (26). Všichni pili s vědomím rodičů. Polovině byl alkohol doma nabízen, polovina k němu měla volný přístup. Většina pila téměř denně, minimálně jednou v týdnu. U 10 byla zjištěna opakovaná opilost ... Z rodičů abstinovalo 8% otců a 30% matek. Soustavně se opíjelo 24 otců.“ (Mečtř, 1965, s. 18).

Další výzkumy byly provedeny v 70. letech. V jednom z nich, který se zabýval postoji patnáctileté a osmnáctileté mládeže ke zdraví (zúčastnilo se ho 1920 adolescentů), bylo zjištěno, že pouze polovina patnáctileté mládeže abstinguje. „Jedna třetina mládeže udává, že pije jen pivo nebo víno (nebo oboje). 14% si k oběma nápojům přidá občas i něco ostřejšího.“ (Svobodová, Vodrážka, 1979, s. 7). Podle výsledků výzkumu má velký vliv na mládež především rodina, kde často vznikají návyky na alkohol. Rodiče mají k pití dětí shovívavý a někdy dokonce i podněcující postoj (Svobodová, Vodrážka, 1979). Překvapivý je také fakt, že „z velké části převládá u rodičů názor, že alkohol je lék. Většina rodičů se nesprávně domnívá a je dokonce přesvědčena, že pivo není alkoholický nápoj.“ (Svobodová, Vodrážka, 1979, s. 6). Faktorem, který ovlivňuje mladistvé, je tedy především výchova v rodině, zájmy, hodnoty i celková životní situace. Nejvýznamnějším faktorem ovšem je odolnost vůči zátěžovým situacím, kdy se za rizikové vlastnosti, které mohou vést ke vzniku problému s alkoholem, označují „senzitivnost, vysoká ambicióznost se současnými pocity méněcennosti, silná touha bavit se ve společnosti, sklon k lehkomyšlnosti a neschopnost sebekritiky.“ (Svobodová, Vodrážka, 1979, s. 8).

Na konci 70.let byl proveden výzkum u žáků osmých tříd na 32 základních školách, kde bylo zjištěno, „že méně než desetina dětí dosud neochutnala pivo a víno a asi jedna čtvrtina dětí lihoviny. Chlapci ochutnávají častěji než dívky pivo a lihoviny, ale dívky je téměř dohoní v ochutnávání vína. Častěji ochutnávají alkoholické nápoje děti s horším

prospěchem. První ochutnání piva je soustředěno mezi 9. a 11. rok věku dětí.“ (Svobodová, Kvapilík a kol., 1985, s. 92). Výsledky výzkumu udávají, že více než 90% dětí má zkušenosti s alkoholem, přičemž častěji dochází ke konzumaci piva a vína, méně častěji pak destilátů. Rodiče občasné pití svých dětí schvalují nebo se uchylují k názoru, že trocha neuškodí. Také v jedné pětině případů podávají svým dětem alkohol jako lék (Svobodová, Kvapilík, 1985).

Závěr výzkumu říká, že „informovanost dětí o škodlivosti alkoholických nápojů sice s věkem stoupá, ale paradoxně stoupá i tolerantnost k pití a odmítání abstinence.“ (Svobodová, Kvapilík, 1985, s. 98).

V 90. letech bylo v České republice provedeno několik výzkumů zaměřených na pití alkoholu u mladistvých. Výsledky udávají, že častěji pijí alkohol chlapci a preferují především pití piva. U dívek není preference tak výrazná. Ve věkové skupině 13-14letých má zkušenosti s alkoholem 95,5% chlapců a 91,8% dívek. Ve věkové skupině patnáctiletých je celá třetina chlapců pravidelnými konzumenty piva. Opakovaná opilost (2x a častěji) se mezi třináctiletými a čtrnáctiletými vyskytuje u chlapců v 14,4% a u dívek v 6,4% (Sovinová, Csémy, 1999).

Závěrem lze říci, že „česká společnost je velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití jako normální součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav.“ (Sovinová, Csémy, 1999, s. 38).

V roce 2003 byl proveden výzkum po celé České republice, který zkoumal rozsah pití alkoholu a kouření mezi šestnáctiletými a osmnáctiletými studenty (zúčastnilo se ho celkem 15 092 studentů). Výsledky u šestnáctileté mládeže ukazují, že celých 60% z ní lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu je jednoznačně pivo. Zároveň se ukázalo, že destiláty jsou konzumovány častěji než víno, což může souviset s tím, že je mládež konzumuje častěji právě v kombinaci s pivem. Významný vliv na formování postojů k návykovým látkám mají především vrstevníci, ale také sourozenci a celkové rodinné prostředí.⁹

⁹ Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyzkumne_zpravy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espa_d_2003> [cit. 2010-05-15]

6.2 Trendy v kouření

V polovině 70. let byl proveden výzkum mezi patnáctiletou mládeží, jehož výsledky ukazují, že mezi ní pravidelně denně kouří 3% mladistvých a nepravidelně 25% mladistvých. Co se počtu kouřících chlapců a dívek týče, jsou víceméně vyrovnané. Největší vliv na kouření mladistvého má podle této studie kouření matky i kouření ostatních členů rodiny (otce a staršího sourozence) (Novák a kol., 1980) „Motivaci kouření mladistvých lze shrnout do dvou základních skupin: napodobování dospělých a vrstevníků při procesu socializace v dospívání a kompenzace nejistoty a jiných psychologických průvodních jevů puberty a dospívání.“ (Novák a kol., 1980, s. 84) . Byla též objevena spojitost mezi kouřením a prospěchem, kdy se ke kouření uchýlovali žáci neúspěšní a své nezdary tak kouřením kompenzovali (Novák a kol., 1980).

Ve výzkumu provedeném na konci 70.let bylo zjištěno, že již ve 4. třídách došlo u 38,6% žáků k pokusům kouřit a v 8. třídách kouřilo už 76, 9% žáků (Novák a kol., 1980).

V 80. letech byla jako hlavní důvod, proč začínají děti kouřit, uváděna zvědavost a to z toho důvodu, že je tento návyk obklopuje od malička, protože jen 34,4% dětí má oba rodiče nekuřáky. Nejčastěji jsou děti vystaveny kouření otce (32%), dále kouření obou rodičů (25%) a následně matky (necelá desetina). Kouření u žen je čím dál častějším jevem. Matčino kouření má také větší vliv na budoucí kouření dětí (Svobodová, Kozák, 1990).

Zvědavost v průběhu puberty střídají jiné motivy a to psychosociální důvody. Protože kouří vrstevníci, začne pubescent kouřit také, přičemž má kouření spojeno s příjemnými zážitky. Většina kuřáků však kouří pro navození uklidnění nebo pro pocit vzrušení (Svobodová, Kozák, 1990).

V polovině 90.let byl proveden výzkum u 13leté a 15leté mládeže, kdy bylo zjištěno, že ve skupině 13letých kouří pravidelně (alespoň jednou týdně) 7,3% chlapců a 4,2% dívek. U 15letých už dochází k nárůstu, kdy pravidelné kouření přiznalo 15,9% chlapců a 11,9% dívek, což je u chlapců více než dvakrát tolik, kolik kouří ve věku 13 let a u dívek téměř 3x tolik. Výzkum také poukázal na velký vliv rodiny a především vrstevníků, kdy pokud kouří kamarádi (či parta) je nesnadné pro mladého člověka zůstat nekuřákem.¹⁰

Již zmiňovaný výzkum, který proběhl v roce 2003 u šestnáctileté mládeže, ukazuje, že zkušenosti s kouřením má 79,6% dotázaných. Nebyly zjištěny výraznější rozdíly mezi dívkami (79,2%) a chlapci (80,2%). Mezi chlapci bylo 29% denních kuřáků, dívek bylo o

¹⁰ Dostupné z: <<http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-2-03-full.pdf>> [cit. 2010-05-03]

něco méně (25,3%). První zkušenosti s kouřením mělo asi 30% dotázaných ve věku jedenáct let a dříve. Mezi chlapci je také více silných kuřáků než mezi dívkami (chlapci vykouří více cigaret).¹¹

Závěrem lze říci, že velký vliv na to, jestli začne dítě kouřit, má především rodina, kde pokud se dítě od mala setkává s kouřením, je velmi pravděpodobné, že sám tomuto zlovyku též propadne, a kamarádi, kteří především v období puberty mají na dítě značný vliv.

¹¹ Dostupné z:< http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyzkumne_zpravy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espa_d_2003> [cit. 2010-05-15]

7 Výzkumné šetření

Empirická část této bakalářské práce je zaměřena na výzkum, který byl realizován na dvou základních školách a to na základní škole Vnorovy a na základní škole a mateřské škole Veselí nad Moravou. Předmětem výzkumného šetření byla problematika alkoholu a kouření u žáků osmých tříd navštěvujících tyto základní školy.

7.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem jsou zkušenosti žáků osmých tříd s alkoholem a kouřením. Cílem praktické části bakalářské práce je tedy analyzovat současné zkušenosti žáků osmých tříd s alkoholem a tabákem. Dílčím cílem je na základě starších výzkumů zjistit, jestli je tendence pít alkohol nebo kouřit cigarety u této věkové skupiny (13-14 let) rostoucí či klesající.

Hlavní výzkumná otázka, kterou jsem si položila, tedy zní: „*Jaké jsou zkušenosti žáků osmých tříd základních škol s alkoholem a kouřením?*“ Odpovědi na tuto otázku budou hledány pomocí dotazníku, který jsem předložila zkoumaným subjektům a který je k nalezení v příloze č. 1.

K realizaci výzkumného šetření byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Chlapci mají větší zkušenosti s kouřením než dívky.

H2: Chlapci vykouří více cigaret denně než dívky.

H3: Kamarádi žáků osmých tříd mají větší vliv na to, jestli začnou kouřit, než jejich rodiče.

H4: U žáků osmých tříd, jejichž alespoň jeden rodič kouří, je větší pravděpodobnost, že budou kouřit také, než u žáků osmých tříd, jejichž rodiče nekouří vůbec.

H5: Rodičů žáků osmých tříd, kteří nevědí, že jejich děti kouří, je více, než rodičů žáků osmých tříd, kteří vědí, že jejich dítě kouří.

H6: Mezi žáky osmých tříd je více těch, kteří alkohol ochutnali, než těch, kteří ne.

H7: Chlapců, kteří ochutnali alkohol, je větší množství než dívek, které ochutnaly alkohol.

H8: Chlapci ochutnali alkohol dříve než dívky.

H9: Pivo pijí žáci osmých tříd častěji než tvrdý alkohol.

H10: Žáci osmých tříd pijí alkohol častěji mimo svůj domov než doma.

H11: Kamarádi žáků osmých tříd mají větší vliv na to, jestli začnou pít alkohol, než jejich rodiče.

Jak již bylo řečeno v úvodu, hlavní význam bakalářské práce i tohoto výzkumu vidím v přínosu zjištěných informací především pro učitele dětí, ale také ostatní pracovníky s dětmi, kteří mohou na jeho základě získat informace ohledně rozšířenosti kouření a alkoholu mezi dětmi a posoudit tak míru účinnosti realizovaných preventivních aktivit. Dále poskytnou zjištění plynoucí z tohoto výzkumu informace rodičům dětí, kteří nevěří, že by v tak raném věku mohlo jejich dítě užívat nějaké návykové látky a často ani o takovém užívání nevědí. V neposlední řadě můžeme výsledky výzkumu porovnat se staršími výzkumy, což poskytne informaci o trendech v užívání alkoholu a kouření, o jeho vzestupné či sestupné tendenci.

7.2 Předcházející výzkumy

Abychom zjistili, zda je tendence žáků osmých tříd pít alkohol a kouřit rostoucí či klesající, je nutné zmínit zde předcházející výzkumy, jež byly na toto téma realizovány. Jedná se o výzkumy realizované v České republice v letech 1994 a 1998. Průměrný věk, ve kterém dochází k první zkušenosti s kouřením, je u chlapců 11,9 let a u dívek 12,9 let. V roce 1994 bylo ve věkové skupině 13-14letých 7,3% pravidelně kouřících (alespoň jednou týdně a častěji) chlapců a 4,2% pravidelně kouřících dívek. V roce 1998 to již bylo 10,1% chlapců a 6,9% dívek. Můžeme zde tedy sledovat vzestupnou tendenci (Sovinová, Csémy, 1999).

Zkušenosti s alkoholem v roce 1998 mělo ve věkové skupině 13-14letých 95,5% chlapců a 91,8% dívek. Průměrný věk, kdy poprvé ochutnali alkohol, je u chlapců 11,7 let a u dívek 11,9 let. Co se oblíbenosti alkoholických nápojů týče, největší oblibě se těší pivo, které preferují jak chlapci, tak dívky. Opakovaná opilost (2x nebo častěji) se u této věkové skupiny vyskytuje u 14,4% chlapců a 6,4% dívek (Sovinová, Csémy, 1999).

7.3 Metodologie výzkumu

Pro získání potřebných informací bylo využito kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno formou nestandardizovaného dotazníku, jehož vyplňování bylo anonymní. Dotazník se skládal celkem ze sedmnácti otázek. Obsahoval otázky uzavřené, kde si mohli respondenti zvolit jednu z několika nabízených možností (u otázky 7 a 17 si mohli vybrat více možných odpovědí). Dále také obsahoval položky polouzavřené, kde se respondenti mohli volně vyjádřit, pokud si nevybrali z nabízených

možností. Polouzavřené otázky jsem zařadila z toho důvodu, že jsem v dané oblasti nemohla postihnout celou škálu problému.

Dotazníky byly předloženy k vyplnění žákům na dvou vybraných základních školách. V úvodu dotazníku jsem žákům napsala několik základních informací k postupu při vyplňování dotazníku. Na jedné základní škole jsem žákům zadávala dotazníky sama, takže jsem mohla osobně zadat pokyny k vyplňování či vysvětlit případné nejasnosti. Na druhé základní škole zadávala dotazníky žákům ve vyučovacích hodinách zástupkyně pro druhý stupeň základní školy, která žákům též vysvětlila, jak postupovat při vyplňování.

Úkolem respondentů bylo podle vlastního přesvědčení či skutečnosti zakroužkovat vhodnou odpověď. Otázky byly formulovány jednoduše, aby byly snadno pochopitelné. Vyplnění dotazníku nebylo časově náročné, respondenti končili nejpozději do deseti minut.

7.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Jak již bylo řečeno, výzkumné šetření se uskutečnilo na dvou základních školách, a to na základní škole Vnorovy a základní a mateřské škole Veselí nad Moravou. Výzkum byl proveden ve školním roce 2009/2010. Pro představu o prostředí, ve kterém výzkumné šetření probíhalo, uvedu níže stručnou charakteristiku obou základních škol.

Dotazníků bylo zasláno 72 na ZŠ a MŠ Veselí nad Moravou a 35 na ZŠ Vnorovy. Celkově bylo rozesláno 107 dotazníků, z nichž se vrátilo a bylo vyplněno 100 dotazníků. Celková návratnost tedy činila 93,46%.

Dotazníky tedy vyplnilo celkem 100 respondentů ve věku 13 až 14 let. Výzkumu se zúčastnilo 53 dívek a 47 chlapců z obou škol, kteří písemně odpovídali na sedmáct otázek, jež byly součástí každého dotazníku (viz. příloha č. 1).

7.4.1 Základní škola Vnorovy

Základní škola se nachází v městysu Vnorovy, které mají asi 3045 obyvatel a leží v okrese Hodonín, v Jihomoravském kraji. Základní škola je úplná, má devět postupných ročníků.

Celkem navštěvuje ZŠ Vnorovy ve školním roce 2009/2010 232 žáků (115 chlapců a 117 dívek). Z toho navštěvuje první stupeň celkem 128 žáků (58 chlapců a 70 dívek) a druhý stupeň 104 žáků (57 chlapců a 47 dívek).

V areálu školy se nachází jídelna, školní družina a nová multifunkční sportovní hala. Škola byla během posledních let modernizována, takže zde nechybí odborné učebny

vybavené novým nastavitelným nábytkem, dataprojektory či interaktivními tabulemi. Žáci si mohou vybrat z několika volitelných předmětů (mediální výchova, anglický jazyk, německý jazyk, zdravotní tělesná výchova atd.) a také velkého množství zájmových kroužků (aerobic, malá kopaná, mažoretky, tvorba www stránek, šití panenek či zdravotnický kroužek).

Součástí učitelského sboru je také výchovný poradce, metodik prevence sociálně patologických jevů, dyslektická asistentka či ICT správce.

ZŠ se také účastní různých okresních soutěží (ať již vědomostních či sportovních) a pořádá akce nejen pro žáky, ale také pro rodiče a širokou veřejnost.¹²

Výzkumného šetření se zúčastnili žáci osmých tříd (8.A a 8.B). Celkem vyplnilo dotazník 35 žáků, z toho 19 dívek a 16 chlapců.

7.4.2 Základní škola a mateřská škola Veselí nad Moravou

Základní škola a mateřská škola se nachází ve městě Veselí nad Moravou, které má asi 11 928 obyvatel a leží v okrese Hodonín v Jihomoravském kraji. Základní škola je úplná s devíti postupnými ročníky, přičemž každý ročník je rozdělen do tří (někdy i čtyř) tříd.

Součástí ZŠ je mateřská škola, školní družina, školní klub, školní jídelna a výdejna. Škola má nadstandardní vybavení pro výuku všech předmětů, nechybí zde odborné učebny (s dataprojektory či interaktivními tabulemi) či možnost využití školního klubu pro dramatický či hrnčířský kroužek nebo také možnost využití školní knihovny.

ZŠ spolupracuje s celou řadou subjektů, nejvíce se však zaměřuje na spolupráci s rodiči žáků, kteří jsou informováni pomocí webových stránek, SRPŠ či konzultačních hodinách. Jsou také zváni do školy na různé akce a každoročně je pro ně pořádán Den otevřených dveří. Rodiče předškoláků mají možnost využít služeb psychologa na téma školní zralosti.

Součástí ZŠ je také školní poradenské pracoviště, kde jsou nabízeny služby výchovného poradce, školního metodika prevence, speciálního pedagoga a pedagogického psychologa.

Žáci ZŠ se také účastní celé řady soutěží a olympiád, ať již na okresní či celorepublikové úrovni.¹³

¹² Dostupné z: <<http://www.zsvnorovy.cz/>> [cit. 2010-05-05]

¹³ Dostupné z: <<http://www.zshutnikves.cz/>> [cit. 2010-05-05]

Výzkumného šetření se zúčastnili žáci osmých tříd (8.A, 8.B., 8.C). Celkem se zúčastnilo 65 žáků, z toho 34 dívek a 31 chlapců.

7.4.3 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumu byly pro přehlednost shrnuty do tabulek. V tabulkách budou dále barevně označeny nejvyšší hodnoty. V následující kapitole budou prezentovány výsledky výzkumu a ověřena úplatnost hypotéz, které jsem si stanovila (viz. kap. 7.1).

Tab. č. 1 Počet dívek a chlapců na zkoumaných školách

	Veselí n. Mor.		Vnorovy		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dívky	34	52%	19	54%	53	53%
Chlapci	31	48%	16	46%	47	47%
Celkem	65		35		100	

První tabulka nám ukazuje počty zkoumaných žáků a jejich procentuální zastoupení. Dívek se zúčastnilo 53% a chlapců 47%.

Tab. č. 2 Průměrný věk žáků na zkoumaných školách

	Veselí n. Mor.	Vnorovy	Celkem
	Průměrný věk		
Dívky	13,94	13,84	13,91
Chlapci	13,90	13,94	13,91
Celkem	13,92	13,89	13,91

Druhá tabulka podává informace o průměrném věku žáků osmých tříd, přičemž celkový průměr věku jak dívek, tak chlapců, je shodně 13,91 let.

H1: Chlapci mají větší zkušenosti s kouřením než dívky.

Tab. č. 3 Kouří děti cigarety?

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, denně	1	1,89%	4	8,51%	5	5%
Ne, nikdy	22	41,50%	16	34,04%	38	38%
Asi 3x týdně	2	3,77%	1	2,13%	3	3%
Příležitostně (diskotéka, koncert,...)	14	26,42%	8	17,02%	24	24%
Zkusil/a jsem to, ale už nekouřím	14	26,42%	18	38,30%	32	32%
Celkem dětí, co zkusily kouřit	31	58,49%	31	65,96%	62	62%

Tato hypotéza byla potvrzena. Pokud se podíváme na všechny chlapce, kteří už zkusili kouřit, vyjde nám, že je jich 65,96%, kdežto dívek 58,49%. Pravidelnými denními kuřáky ze zkoumaných žáků je jen jedna dívka a čtyři chlapci. Celkově mají zkušenost s kouřením téměř dvě třetiny dotazovaných žáků, přičemž část z nich kouřit pouze vyzkoušela a po nějaké době tohoto zlovyku zanechala.

H2: Chlapci vykouří více cigaret denně než dívky.

Tab. č. 4 Počet vykouřených cigaret denně u dívek a chlapců

Počet vykouřených cigaret	Četnost								Ø
	0	1	2	3	5	10	15	20	
Dívky	10	0	2	2	1	0	0	0	1,0
Chlapci	3	3	2	1	1	1	1	1	4,62
Celkem	13	3	4	3	2	1	1	1	2,62

$$\text{Med}_{(\text{dívky})} = 0$$

$$\text{Med}_{(\text{chlapci})} = 1,5$$

$$\text{Med}_{(\text{celkem})} = 1$$

Hypotéza byla potvrzena. Do tabulky č. 4 jsou již započítáni pouze žáci, kteří odpověděli na předchozí otázku kladně a kteří jsou zároveň v současné době aktivními kuřáky. Při pohledu do tabulky vidíme, že dívky vykouří průměrně jednu cigaretu denně,

kdežto chlapci téměř pětkrát tolik. 3 z chlapců jsou již silnými kuřáky, jelikož vykouří více než deset cigaret denně. Barevně jsou v tabulce vyznačeny nejčastější odpovědi.

Tab. č. 5 Věk, kdy děti začaly kouřit

	Četnost					Ø
Věk	7	10	12	13	14	
Dívky	0	0	5	10	0	12,69
Chlapci	1	2	1	7	2	12,14
Celkem	1	2	6	17	2	12,43

$Med_{(dívky)} = 13$

$Med_{(chlapci)} = 13$

$Med_{(celkem)} = 13$

Pokud porovnáme průměrný věk, kdy začaly dívky kouřit (12,69) s věkem, kdy začínaly kouřit v roce 1994 (12,9 let), vidíme, že věk dívek poklesl, kdežto věk chlapců, kteří v současné době začínají kouřit je 12,14 let a v roce 1994 to bylo v 11,9 letech, naopak nepatrně vzrostl.

V roce 1994 byl mezi počátkem kouření u chlapců (11,9 let) a u dívek (12,9 let) rozdíl celého jednoho roku. V dnešní době už se jedná pouze o půl roku. Vidíme tedy, že se rozdíl mezi dívkami a chlapci v této sféře vyrovnávají.

Spousta dívek, přestože kouří, uvedla jako počet vykouřených cigaret denně nulu. Z tohoto důvodu si myslím, že by bylo přínosnější v konstrukci dotazníku nahradit otázku na denní spotřebu cigaret otázkou na týdenní spotřebu cigaret, která by přinesla validnější počty vykouřených cigaret.

Tab. č. 6 Kdo dětem poprvé nabídl cigaretu

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Rodiče	1	3,23%	1	3,23%	2	3,23%
Kamarád/ka	26	83,87%	27	87,10%	53	85,48%
Sourozenec	2	6,45%	2	6,45%	4	6,45%
Někdo jiný	2	6,45%	1	3,23%	3	4,84%

V tabulce č. 6 můžeme jasně vidět, že prvotní impuls ke kouření dostávají jak dívky, tak chlapci od svých kamarádů, kteří nabídli cigaretu poprvé jak dívkám, tak chlapcům a to ve více než 80% případů. Zajímavý je fakt, že dvěma dětem nabídli cigaretu

poprvé rodiče. Zde se můžeme pouze domnívat, proč tomu tak bylo, možná chtěli vyzkoušet, jak bude dítě reagovat, a pokud odmítlo, mohli se alespoň cítit klidněji. V horším případě je jim jedno, že jejich potomek kouří, a klidně mu cigaretu nabídnou, aniž by si uvědomovali závažnost svého činu.

Ve třech případech nabídl dětem cigaretu někdo jiný. U jedné dívky a jednoho chlapce to byl shodně bratranec a jedna dívka uvedla, že jí cigaretu nemusel nikdo nabízet, že si ji nabídla jako první ona sama.

H3: Kamarádi žáků osmých tříd mají větší vliv na to, jestli začnou kouřit, než rodiče.

Tab. č. 7 Důvody, proč začaly děti kouřit

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Protože kouří kamarádi	6	19,35%	5	21,74%	11	20,37%
Protože kouří rodiče	0	0%	0	0%	0	0%
Protože se nudil/a	3	9,68%	5	21,74%	8	14,81%
Kvůli stresu	11	35,48%	8	34,78%	19	35,19%
Ze zvědavosti	11	35,48%	5	21,74%	16	29,63%

Tato hypotéza byla potvrzena. V hypotéze jsem předpokládala, že větší vliv má na žáky kouření jejich kamarádů než kouření rodičů, jelikož právě vrstevníci mají na dospívající značný vliv, obzvláště pak parta, kde pokud se kouří, je pro dítě těžké zůstat nekuřákem a nepřipojit se tak k ostatním. Když se podíváme do tabulky č. 7, vidíme, že na kouření žáků mají větší vliv opravdu kamarádi, které uvedlo zhruba 20% dětí, než rodiče, které dokonce neuvedl žádný dotazovaný.

Nejčastěji uváděným důvodem, proč děti začaly kouřit, je u dívek stres (11 dívek) a zvědavost (také 11 dívek) a u chlapců je na prvním místě shodně stres (8 chlapců).

Pokud vezmeme v úvahu určitou především psychickou náročnost dospívání, je možné, že se dospívající dostávají častěji do stresových situací. Dospívání je samo o sobě náročným obdobím a pokud k němu přibudou nějaké problémy (např. s prospěchem ve škole), může se stát, že mladistvý lehce dostane do stresu a potřebuje se nějakým způsobem uklidnit či odreagovat. Většina kuřáků si zapálí cigaretu právě kvůli uklidnění, které jim tato činnost poskytuje.

Tab. č. 8 Kouří rodiče dětí?

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, oba	6	11,32%	6	12,77%	12	12%
Jenom matka	2	3,77%	5	10,64%	7	7%
Jenom otec	8	15,09%	8	17,02%	16	16%
Žádný	37	69,81%	28	59,57%	65	65%

Ve většině případů (jak u dívek, tak u chlapců) nekouří ani jeden z rodičů (celkově v 65%). Pokud už některý rodič kouří, pak je to častěji otec (16% případů). Ve 12% případů kouří oba rodiče.

H4: U žáků osmých tříd, jejichž alespoň jeden rodič kouří, je větší pravděpodobnost, že budou kouřit také, než u žáků osmých tříd, jejichž rodiče nekouří vůbec.

Tab. Č. 9 Kouření rodičů u žáků, kteří kouří

	Počet	%
Rodiče, kteří kouří oba	4	13,33%
Kouří matka	2	6,67%
Kouří otec	11	36,67%
Žádný	13	43,33%
Celkem rodičů, kteří kouří	17	56,67%

Tab. č. 10 Kouření rodičů u žáků, kteří nekouří

	Počet	%
Rodiče, kteří kouří oba	8	11,43%
Kouří matka	5	7,14%
Kouří otec	5	7,14%
Žádný	52	75,71%

Tato hypotéza byla potvrzena. Tabulka č. 9 nám znázorňuje počet rodičů dětí, které kouří. Jejich rodiče kouří v 56,67% také. V tabulce č. 10 vidíme počty rodičů, jejichž děti

nekouří a jejich vztah ke kouření. Celkově nám vychází, že 75,71% rodičů dětí nekuřáků nekouří. Což nás přivádí k závěru, že pokud rodiče nekouří, tak ve většině případů nezačne kouřit ani jejich potomek a naopak.

Zde se potvrzuje značný vliv rodinného prostředí při formování dobrých či špatných návyků u dětí. Pokud je dítě doma informováno o škodlivosti kouření a jeho rodiče jsou nekuřáky, je velká pravděpodobnost, že zůstane nekuřákem také.

H5: Rodičů žáků osmých tříd, kteří nevědí, že jejich děti kouří, je více, než rodičů žáků osmých tříd, kteří vědí, že jejich dítě kouří.

Tab. č. 11 Vědí rodiče, že dítě kouří?

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano, normálně si před nimi zapálím	1	5,88%	0	0%	1	3,33%
Ano, ale nekouřím před nimi	4	23,53%	7	53,85%	11	36,67%
Ne, nevědí	12	70,59%	6	46,15%	18	60%

Hypotéza se potvrdila. Tato hypotéza vychází z předpokladu, že dospívající mají větší tendence před rodiči své kuřáctví skrývat a kouřit tajně někde venku za přítomnosti kamarádů. Jak vidíme v tabulce č. 11, dívky mají větší tendenci skrývat své kouření, protože jich více než dvě třetiny před rodiči kouření tají. U chlapců 7 rodičů ví, že kouří a 6 ne. Jedna dívka uvedla, že její rodiče vědí, že kouří a normálně si před nimi zapálí. Celkově 60% dětí, které kouří, uvedlo, že rodiče o jejich kouření nevědí.

Tab. č. 12 Jak se děti k cigaretám dostávají

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Kupují si je ve stánku, v hospodě	5	29,41%	9	69,23%	14	46,67%
Mají je od kamarádů	11	64,71%	3	23,08%	14	46,67%
Mají je od rodičů	0	0%	1	7,69%	1	3,33%
Mají je od sourozenců	1	5,88%	0	0%	1	3,33%
Jinak	0	0%	0	0%	0	0%

Pokud vycházíme z předpokladu, že děti své kouření před rodiči tají, musí si cigarety obstarávat jinak, než za jejich pomoci. Pouze jeden chlapec uvedl, že mu cigarety dávají rodiče. Valná většina kouřících dívek dostává cigarety od kamarádů (64,71%). Chlapci se v této oblasti od dívek liší, protože nejčastěji si cigarety sami kupují (69,23%). Tento rozdíl může být způsobem větší odvahou a průbojností chlapců oproti nesmělosti dívek, které si raději cigarety vyptají od kamarádů, než by se samy odvážily koupit si je ve stánku.

H6: Mezi žáky osmých tříd je více těch, kteří alkohol ochutnali, než těch, kteří ne.

H7: Chlapců, kteří ochutnali alkohol, je větší množství než dívek, které ochutnaly alkohol.

Tab. č. 13 Ochutnaly děti alkohol?

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	50	94,34%	44	93,62%	94	94%
Ne	3	5,66%	3	6,38%	6	6%

Hypotéza H6 byla potvrzena, hypotéza H7 nebyla potvrzena. Drtivá většina ze všech žáků má zkušenosti s alkoholem, pouze 6 dětí ze 100 alkohol nikdy neokusilo. Pokud porovnáme zjištěné data s údaji z roku 1998, kdy mělo zkušenost s alkoholem 95,5% chlapců a 91,8% dívek, zjistíme, že dívky mají nyní o něco více zkušeností než dříve a také v současnosti pijí o něco více než chlapci. Rozdíl mezi dívkami a chlapci už tedy oproti roku 1998 víceméně není, obě pohlaví mají s alkoholem téměř stejné zkušenosti.

H8: Chlapci ochutnali alkohol dříve než dívky.

Tab. č. 14 Věk, kdy děti ochutnaly alkohol

	Četnost										Ø
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Dívky	0	0	0	1	4	11	5	11	13	5	11,60
Chlapci	1	1	1	1	1	10	1	14	9	5	11,39
Cekem	1	1	1	2	5	21	6	25	22	10	11,50

$$\text{Med}_{(\text{dívky})} = 12$$

$$\text{Mod}_{(\text{dívky})} = 13$$

$$\text{Med}_{(\text{chlapci})} = 12$$

$$\text{Mod}_{(\text{chlapci})} = 12$$

$$\text{Med}_{(\text{celkem})} = 11,5$$

$$\text{Mod}_{(\text{celkem})} = 12$$

O pravdivosti hypotézy nelze rozhodnout. Při pohledu do tabulky č. 12 vidíme, že chlapci uvádí první kontakt s alkoholem už ve věku pěti let, kdežto dívky neochutnaly alkohol dříve než v osmi letech. Průměrný věk, kdy chlapci okusili alkohol je 11,39 let, u dívek 11,60 let. V roce 1998 byl průměrný věk 11,7 let u chlapců a 11,9 let u dívek. Vidíme tedy určitý pokles věku, který se však stále drží nad hranicí jedenácti let. Věkový rozdíl mezi dívkami a chlapci není markantní (což lze vidět také u mediánu), o pravdivosti hypotézy tedy nelze rozhodnout.

Tab. č. 15 Jak často pijí děti alkohol

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Nikdy	3	5,66%	3	6,82%	6	6%
Každý den	2	3,77%	0	0%	2	2%
Jen o víkendu	4	7,55%	7	14,89%	11	11%
Příležitostně (oslava, narozeniny...)	44	83,02%	37	78,72%	81	81%

Nejčastěji uvedenou odpovědí u dívek i u chlapců bylo, že pijí pouze příležitostně (81%). Toto příležitostné pití se rovná například nějaké rodinné oslavě či oslavě narozenin některého z kamarádů. 11% dětí pije alkohol každý víkend. Můžeme usuzovat, že se jedná zřejmě o pití někde na diskotékách, kam v tomto věku začínají děti chodit či někde venku

s partou kamarádů. Překvapivý je fakt, že mezi denními pijáky v tomto výzkumném vzorku se nevyskytuje ani jeden chlapec, ale pouze dvě dívky.

H9: Pivo pijí žáci osmých častěji než tvrdý alkohol.

Tab. č. 16 Druh alkoholu, který pijí děti nejčastěji

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Pivo	19	38%	18	43,90%	37	40,66%
Víno	24	48%	10	24,39%	34	37,36%
Tvrdý alkohol	7	14%	13	31,71%	20	21,98%

Tato hypotéza byla potvrzena. Na tuto otázku odpovědělo celkem 91 dětí, které pijí alkohol, 3 děti nepreferují žádný druh alkoholu. Nejvíce oblíbeným druhem alkoholu je pivo, které preferuje 40,66% žáků. Mezi dívkami a chlapci není mezi konzumenty piva téměř žádný rozdíl. Víno je oblíbené především u dívek, kterého pijí dokonce častěji než pivo a dvakrát více než chlapci. V roce 1998 bylo zjištěno, že největší oblibě se těší pivo, které pijí nejčastěji jak dívky, tak chlapci. To se v tomto výzkumu nepotvrdilo, protože téměř polovina dívek preferují před pivem víno (48%). Tvrdý alkohol označilo za nejčastěji konzumovaný druh alkoholu něco málo přes 20% dotazovaných. Pivo tedy pijí žáci osmých tříd dvakrát častěji, než víno.

Tyto výsledky mohou souviset například i s ekonomickou situací žáků, kteří zřejmě nedisponují závratně vysokým kapesným, tudíž si raději koupí půllitr piva, který je levnější a je ho také větší množství, než by utráceli za dražší tvrdý alkohol, kterého je mnohem menší množství.

H10: Žáci osmých tříd pijí alkohol častěji mimo svůj domov než doma.**Tab. č. 17** Místa, kde děti nejčastěji pijí alkohol

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Doma	21	42%	11	26,83%	32	35,16%
Venku	23	46%	21	51,22%	44	48,35%
Hospoda, bar	6	12%	9	21,95%	15	16,48%

Hypotéza byla potvrzena. Tato hypotéza vychází z předpokladu, že obdobně jako u kouření se snaží děti své pití před rodiči tajit. Celkem na tuto otázku odpovědělo 91 dětí, tři děti si žádnou možnost nevybraly. Téměř polovina dívek a více než polovina chlapců pije nejčastěji alkohol mimo domov (celkem 48,35%).

Prekvapivý je fakt, že více než třetina dětí pije alkohol doma, zřejmě při různých oslavách. Pro děti potom není žádný problém, se k alkoholu dostat, někdy to ani není potřeba, protože jim často bývá dospělými nabízeno, aby si s nimi děti daly přípitek a podobně.

Tab. č. 18 Jak často jsou děti opilé

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Nikdy	27	50,94%	26	55,32%	53	53%
Jednou	20	37,74%	8	17,02%	28	28%
Několikrát	6	11,32%	12	25,53%	18	18%
Pravidelně	0	0%	1	2,13%	1	1%

Pokud porovnáme výsledky výzkumu s výzkumem realizovaným v roce 1998, zjistíme, že došlo k dvojnásobnému nárůstu počtu dětí, jež byly opakovaně opilé. V roce 1998 bylo zjištěno, že opakovaná opilost (2x nebo častěji) se u této věkové skupiny vyskytuje u 14,4% chlapců a 6,4% dívek. Z tabulky vyplývá, že nyní vzrostla téměř dvojnásobně jak u chlapců, tak u dívek. U více než poloviny dětí (53%) ještě nikdy nedošlo k opilosti. Jeden chlapec z výzkumného vzorku se přiznal k pravidelné opilosti.

H11: Kamarádi žáků osmých tříd mají větší vliv na to, jestli začnou pít alkohol, než jejich rodiče.

Tab. č. 19 Důvody, proč děti začaly pít alkohol

	Dívky		Chlapci		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Protože pijí kamarádi	16	22,22%	18	32,14%	34	26,56%
Protože pijí rodiče	3	4,17%	3	5,36%	6	4,69%
Protože se nudil/a	5	6,94%	8	14,29%	13	10,16%
Kvůli stresu	7	9,72%	3	5,36%	10	7,81%
Ze zvědavosti	41	56,94%	24	42,86%	65	50,78%

Hypotéza byla potvrzena. Tato hypotéza vychází obdobně jako u kouření z předpokladu, že největší vliv má na pubescenta vrstevnická skupina. Protože pijí kamarádi, pije téměř třetina dětí. Rodiče ani v tomto případě nemají značný vliv na své potomky, jelikož pití rodičů označilo za důvod svého pití necelých 5% dětí.

Více než polovina dětí však okusí alkohol z mnohem prostšího důvodu a to z pouhé zvědavosti. To je myslím celkem pochopitelné, když uvažíme fakt, že se s alkoholem dítě setkává už od mládí na různých rodinných oslavách, kde pijí dospělí, čímž vlastně dítě nepřímo motivují k ochutnání. Na rodinných oslavách je dětem alkohol také často nabízen (např. přípitek), takže pro dítě není problém, se k němu dostat, spíše je mu přímo podstrkován. Situace, kde pijí dospělí, ho vlastně motivují k tomu, aby okusil alkohol také, protože ho zřejmě zajímá, jak alkohol chutná a proč je tak oblíbený.

7.5 Shrnutí

Empirický výzkum týkající se problematiky kouření a alkoholu u žáků osmých tříd se zaměřil především na analýzu jejich zkušeností s těmito návykovými látkami. Pro možnost srovnání některých významných faktorů byly také uvedeny výsledky výzkumů, jež byly na toto téma realizovány v devadesátých let.

Výzkumné šetření probíhalo na dvou základních školách, kde se ho celkově zúčastnilo sto 13 až 14letých dětí, které měly za úkol vyplnit předložené dotazníky, na jejichž základě byl následně zpracován výsledek výzkumu.

Shrneme-li výsledky výzkumu, dojdeme k zjištění, že pití alkoholu je mezi žáky osmých tříd rozšířenějším jevem, než kouření. Toto zjištění je v rozporu s tvrzením Hellera, podle kterého je kouření rozšířenějším jevem mezi školní mládeží než pití alkoholu, protože cigareta je symbolem dospělosti a mužnosti (Heller in Mühlbacher, 2008).

Avšak nebylo potvrzeno, že by na kouření dětí měli největší vliv kamarádi, díky kterým by se i ony rozhodly začít kouřit. Ano, kamarád je sice hlavním iniciátorem, který dítěti nejčastěji první cigaretu nabídne (to ovšem nemusí přijmout), avšak za hlavní důvod, proč děti sáhnou po cigaretě, byl uváděn u obou pohlaví stres. Zde může jít o určitou spojitost s předcházejícími výzkumy, ve kterých byla potvrzena souvislost mezi kouřením a prospěchem. Pokud tedy dítě školu nezvládá a je na něj vyvíjen tlak ze strany rodičů, aby se ve škole zlepšilo, zákonitě se dostává do stresu, který může vyvrcholit i tím, že sáhne po cigaretě, jež nabízí určité uklidnění a odreagování se.

Potěšujícím zjištěním je fakt, že více než dvě třetiny rodičů dětí nekouří, což má zřejmě na děti pozitivní účinek, protože ačkoliv jich cigaretu okusily také více než dvě třetiny, polovina jich toho časem zanechala a nyní je aktivními kuřáky 30 dětí ze 100. I přesto, že vrstevníci mají na děti v období puberty velký vliv, rodina je stále místem, kde dítě přebírá správné či špatné návyky a základní model chování, proto by právě rodiče měli jít dětem příkladem, nekouřit a informovat je o škodlivosti tabáku a jeho negativním důsledcích.

Oproti kouření má s alkoholem zkušenost téměř každý žák osmé třídy. Pouze 6 dětí ze 100 ho nikdy neochutnalo. Zkušenosti s alkoholem jsou u dívek i chlapců víceméně vyrovnané, stejně jako věk, kdy s ním poprvé přijdou do styku. Tento věk oproti roku 1998 trochu poklesl, ale stále se drží nad hranicí jedenácti let. Poněkud znepokojující je fakt, že oproti roku 1998 vzrostla u této věkové skupiny opakovaná opilost a to téměř dvojnásobně jak u chlapců, tak u dívek.

Nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu je pivo u chlapců a víno u dívek. Tvrdý alkohol naštěstí není tak oblíbený. Více než polovina všech dětí nejčastěji pije alkohol někde venku, ale třetina dětí konzumuje alkohol doma, zřejmě při rodinných sešlostech a oslavách, na kterých bývá dětem alkohol dospělými často nabízen, kdy si rodiče často ani neuvědomují, že dělají něco špatně, a domnívají se, že malá dávka alkoholu dítěti neuškodí. Jak již bylo řečeno, někteří rodiče považují alkohol také za lék, který neublíží, ale naopak prospěje zdraví dítěte.

To, že se dítě setkává s alkoholem ve svém bezprostředním okolí, zřejmě souvisí s faktem, že nejčastějším důvodem, proč okusí alkohol, bývá zvědavost (ve více než polovině případů). Oproti kouření cigaret, kde byl hlavním důvodem stres, se zde projevuje

touha po ochutnání něčeho nedostupného, zakázaného a oblíbeného mezi dospělými. Na pití dětí mají vliv také kamarádi, kteří při kouření nefigurovali. Z toho můžeme usuzovat, že spíše než zapálení si cigarety má větší vliv na příslušnost k partě kamarádu to, že se s nimi dítě napije alkoholu.

Závěrem lze říci, že pokud srovnáme výsledky dříve realizovaných výzkumů s touto sondou, nenalezneme zde patrnější rozdíly mezi zkušenostmi dětí s kouřením a alkoholem tehdy a nyní. Poněkud alarmující je pouze fakt, že se dvojnásobně zvětšila opakovaná opilost, a to jak u dívek, tak u chlapců, která však není výsledkem častějšího pití (protože většina dětí pije pouze příležitostně), jako spíše množstvím vypitého alkoholu.

Výsledky tohoto výzkumu budou sloužit především jako orientační materiál v oblasti problematiky kouření a alkoholu na ZŠ a MŠ ve Veselí nad Moravou, jež si je vyžádala a bude tak informována o rozšířenosti těchto jevů mezi jejími žáky, díky čemuž může také posoudit míru účinnosti prováděných preventivních aktivit.

Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat současné zkušenosti žáků osmých tříd s alkoholem a kouřením. Dílčím cílem bylo porovnat současný stav se stavem minulým, definovaným dříve realizovanými výzkumy.

První část mojí práce se věnovala teoretickému přiblížení problematiky alkoholu a kouření. Nejprve jsem popsala sociálně patologické jevy obecně (mezi něž alkohol i kouření patří) a definovala klíčové pojmy (především droga a závislost), se kterými jsem pak dále pracovala. Následně jsem se zaměřila na základní rozdělení patologických závislostí a popsala znaky, díky nimž lze poznat drogově závislého člověka. Dále jsem se pak věnovala alkoholu a kouření, na něž se tato práce primárně zaměřila, popsala jsem jejich specifika a následky, které může jejich nadměrné užívání přinést. Důležitou kapitolu tvořila kapitola zabývající se možnostmi prevence, jelikož prevence tvoří základní pilíř v boji proti těmto společensky rozšířeným negativním jevům. Poslední kapitola stručně nastínila trendy v pití alkoholu a kouření mezi mladistvými a tvořila tak předěl mezi teoretickou a praktickou částí mojí práce.

Hlavní výzkumná otázka, kterou jsem si položila, zněla: „*Jaké jsou zkušenosti žáků osmých tříd základních škol s alkoholem a kouřením?*“ Shrňme-li základní poznatky plynoucí z provedeného výzkumu, docházíme ke zjištění, že s kouřením cigaret mají zkušenost více než dvě třetiny zkoumaných žáků, avšak v současné době jich aktivně kouří pouze jedna třetina. U alkoholu se jedná o téměř stoprocentní zkušenost, pouze šest ze sta žáků alkohol nikdy neokusilo.

Co se věku, kdy děti poprvé okusí alkohol či cigaretu, týče, lze říci, že průměrně začínají kouřit o rok později, než se napijí alkoholu. U dívek a chlapců však není větší věkový rozdíl, kouřit či pít začínají téměř ve stejném věku.

Liší se však důvody, kvůli kterým dítě si dítě zapálí a napije se. U kouření bývá prvotním impulsem kamarád, který dítěti cigaretu nabídne poprvé, avšak hlavním důvodem, proč si většina dětí zapálí, bývá stres, který může souviset jak s celkovou náročností období puberty, tak i s neprospěchem ve škole (souvislost kouření s neprospěchem prokázaly i některé dřívější výzkumy). U alkoholu je pro změnu hlavním důvodem k ochutnání zvědavost a nezanedbatelný je také vliv kamarádů, kteří pokud pijí, tak je velká pravděpodobnost, že dítě začne také.

Ve srovnání s dřívějšími výzkumy nenacházíme žádné velké rozdíly, věk, kdy dítě poprvé okusí alkohol sice poněkud poklesl, ale stále se drží nad hranicí jedenácti let. Co se

však zdvojnásobilo, je opakovaná opilost u dětí v současné době oproti minulým zjištěním, která by se měla řešit.

I přesto, že u většiny faktorů nedošlo k výraznější změně oproti minulým letům, fakt, že zkušenost s cigaretou mají dvě třetiny žáků osmých tříd a s alkoholem téměř každý žák, se mi zdá překvapivý. Bohužel cigarety a alkohol jsou součástí mediálních kampaní, děti vidí kouření a pití v televizi, kde jim přijde úplně normální, že hlavní hrdina jejich oblíbeného seriálu si zapálí, ba dokonce to mohou obdivovat.

Důležitým faktorem, který musí v této oblasti působit, je především prevence. A to prevence jak na mikroúrovni, tak na celostátní makroúrovni. Největší vliv má na dítě prostředí rodiny, proto by se s prevencí mělo začít právě tady a to už před nástupem dítěte do školy. Důležité je dítě informovat o špatnosti kouření a pití alkoholu a varovat ho před riziky, která mohou jeho organismu, ale také okolí způsobit a především jít dítěti příkladem. I přesto, že v období pubescence už rodiče ztrácí své neochvějné postavení a největší vliv na dítě, základní vzorce chování přebírá právě v rodině.

Školní preventivní programy jsou neméně důležité, efektivní jsou především peer programy, které využívají vlivu vrstevníků, který v období pubescence na své kamarády mají. Také zařazení problematiky návykových látek do výuky je krokem správným směrem. Prevence by však neměla být realizována formou zastrašování či nátlaku, ale měla by podávat pravdivé a nezkreslené informace, na jejichž základě si pak žáci sami vytvoří názor na návykové látky.

I přes rozšíření preventivních aktivit drogy byly, jsou a budou součástí naší společnosti a nám nezbyvá nic jiného, než se k tomuto problému postavit čelem a snažit se s ním co nejlépe vyrovnat. Preventivní aktivity mají pouze informativní a snad i varovný charakter, toto mohou především dětem nabídnout, zbytek už však záleží na každém z nás.

Bibliografie

Literatura

DUŠEK, K., JANÍK, A. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 344 s. ISBN 80-201-0087-3.

FISCHER, S. *Sociální patologie: propedeutika*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2006. 144 s. ISBN: 80-7044-812-1.

GÖHLERT, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.

HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 184 s. ISBN 80-7169-624-2.

KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 a. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 2.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003 b. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KANDUS, J. *Epištoly k smělým kuřákům*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 68 s.

KOLEKTIV autorů. *Mládež – drogy – společnost*. 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997. 160 s. ISSN 0862-4461.

KRAUS, B. *Sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3.

- MEČÍŘ, J. *Alkoholismus nezletilých*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1965. 88 s.
- MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost:: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 8071788317.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 1.vyd. Praha: Sprotpropag, 1992. 144 s.
- NOVÁK, M. a kolektiv. *O kouření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. 164 s.
- PLHÁKOVÁ, A., *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
- POKORNÝ, V. a kolektiv. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- PRESL, J. *Drogová závislost - může být ohroženo i Vaše dítě?* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. 85 s. ISBN 80-85800-18-7.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7178-829-5.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2.
- SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. *Zdraví a škodlivé návyky*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 56 s. ISBN 8070711418.
- SVOBODOVÁ, A., KOZÁK, J. *Mládež a kouření*. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1990. 41 s.

SVOBODOVÁ, A., KVAPILÍK, J. A KOL. *Člověk a alkohol*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 240 s.

SVOBODOVÁ, A., VODRÁŽKA, R. *Mládež a alkohol*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1979. 29 s.

ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988. 160 s.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Internetové zdroje

Zaostřeno na drogy. Praha: Úřad vlády České republiky, roč. 3., 2005, č. 1. ISSN 1214-1089.

Dostupné z:

<http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2005_zaostreno_na_drogy> [cit. 2010-04-10]

<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy> [cit. 2010-04-10]

<<http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-2-03-full.pdf>> [cit. 2010-05-03]

<<http://www.zsvnorovy.cz/>> [cit. 2010-05-05]

< <http://www.zshutnikves.cz/> > [cit. 2010-05-05]

< http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyzkumne_zpravy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espad_2003> [cit. 2010-05-15]

Seznam příloh

Příloha č. 1 – dotazník předložený zkoumaným žákům k vyplnění

Dotazník

Ahoj, právě se Ti dostal do rukou dotazník pro moji bakalářskou práci, která se zabývá zkušenostmi žáků ZŠ s kouřením a alkoholem. Jsem studentkou Masarykovy univerzity v Brně a Tvé pravdivé odpovědi mi pomohou s mojí závěrečnou prací. Dotazník je samozřejmě ANONYMNÍ. U každé otázky vyber vždy jen jednu možnost (u otázek 7 a 17 můžeš vybrat více možností).

1) Jsi:

- a) dívka
- b) chlapec

2) Jaký je tvůj věk? (vypiš)

3) Kouříš cigarety?

- a) Ano, denně
- b) Ne, nikdy
- c) Asi třikrát týdně
- d) Příležitostně (na diskotéce, na koncertě,...)
- e) Zkusil/a jsem to, ale už nekouřím

4) Kolik cigaret vykouříš průměrně za den? (vypiš)

5) Od kolika let kouříš? (vypiš)

6) Kdo ti cigaretu nabídl poprvé?

- a) rodiče
- b) kamarád/ka
- c) sourozenec
- d) někdo jiný : (vypiš)

7) Proč jsi začal/a kouřit? (můžeš zaškrtnout více možností)

- a) protože kouří i moji kamarádi
- b) protože kouří moji rodiče
- c) protože jsem se nudil/a
- d) kvůli stresu
- e) ze zvědavosti

8) Kouří tvoji rodiče?

- a) ano, oba
- b) jenom matka
- c) jenom otec
- d) žádný

9) Vědí tvoji rodiče, že kouříš?

- a) ano, normálně si před nimi zapálím
- b) ano, ale nekouřím před nimi
- c) ne, nevědí

10) Jak se k cigaretám dostáváš?

- a) kupuju si je ve stánku, v hospodě
- b) mám je od kamarádů
- c) od rodičů
- d) od sourozenců
- e) jinak: (vypiš)

11) Ochutnal/a jsi někdy alkohol?

- a) Ano
- b) Ne

12) Pokud ano, tak v jakém věku? (vypiš)

13) Jak často piješ alkohol?

- a) nikdy
- b) každý den
- c) pouze o víkendu
- d) pouze příležitostně (nějaká oslava, narozeniny, ...)

14) Jaký druh alkoholu piješ nejčastěji?

- a) Pivo
- b) Víno
- c) Tvrdý alkohol

15) Kde alkohol piješ?

- a) Doma
- b) Venku
- c) V hospodě, baru

16) Byl/a jsi někdy opilý/á?

- a) Nikdy
- b) Jednou
- c) Několikrát
- d) Pravidelně

17) Proč jsi začal/a pít alkohol? (můžeš zaškrtnout více možností)

- a) protože pijí i moji kamarádi
- b) protože pijí moji rodiče
- c) protože jsem se nudil/a
- d) kvůli stresu
- e) ze zvědavosti

Díky za Tvé odpovědi a za účast na mém výzkumu :)

