

Prevence závislostí ve škole

Evžen ŘEHULKA et al.

BRNO 2008

**Publikace byla vydána v rámci výzkumného záměru
MSM 216212421, „Škola a zdraví 21“**

Recenzenti:

Doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Doc. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vydavatel: MSD

Tisk: MSD spol. s r.o., Brno

Grafická úprava: JarDa

ISBN: 978-80-7392-077-7

Obsah

ÚVOD

Evžen ŘEHULKA.....5

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PREVENCE NA ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH A POŽADAVKY NA ZMĚNY A NOVÉ PŘÍSTUPY

ASSESSMENT OF THE PREVENTION AT BASIC SCHOOLS AND REQUEST TO
CHANGING AND NEW APPROACHES

Tomáš ČECH.....7

POHLED STUDENTŮ MASARYKOVY UNIVERZITY NA PREVENCI PATOLOGICKÝCH ZÁVISLOSTÍ

MASARYK UNIVERSITY STUDENTS' POINT OF VIEW AT PREVENTION OF
PATHOLOGICAL ADDICTIONS

Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ.....13

NÁVYKOVÉ LÁTKY, JEJICH KONZUMACE, POSTOJE A NÁZORY STUDENTŮ MASARYKOVY UNIVERZITY

HABIT-FORMING SUBSTANCES, ITS CONSUMPTION, ATTITUDES AND
OPINIONS OF MASARYK UNIVERSITY STUDENTS

Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ.....25

PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE ZAMĚŘENÉ NA OMEZOVÁNÍ KOUŘENÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

PRIMARY PREVENTIVE PROGRAMMES WITH THE FOCUS ON NON-SMOKING
EDUCATION FOR CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

Iva ŽALOUĐÍKOVÁ.....46

KOUŘENÍ JE NEMOC

SMOKING IS A DISEASE

Halina MATĚJOVÁ, Drahoslava HRUBÁ.....52

ŽÁCI DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍCH ŠKOL V BRNĚ A JEJICH INFORMOVANOST O MOŽNÝCH ZÁVISLOSTECH VZNIKAJÍCÍCH NA JÍDLE

PUPILS IN THE SECOND GRADE OF PRIMARY SCHOOLS IN BRNO AND
THEIR FOREKNOWLEDGE OF POSSIBLE DEVELOPING FOOD ADDICTIONS

Lenka PROCHÁZKOVÁ, Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ.....54

**PREVENCE I INTERVENCE JAKO PODPORA SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ
DĚTÍ V RIZIKU PORUCH CHOVÁNÍ**

PREVENTION AND INTERVENTION AS A TOOL FOR SUPPORTING
CHILDREN'S IN RISK OF BEHAVIOUR DISORDER SOCIAL COMPETENCES

Věra VOJTOVÁ.....66

**JAK PŘIPRAVIT ŽÁKY A JEJICH RODIČE NA NEBEZPEČÍ PLYNOUCÍ
Z ROZVOJE TELEKOMUNIKACÍ A ZEJMÉNA INTERNETU**

HOW TO PREPARE PUPILS AND THEIR PARENTS TO THE DANGERS
ARISING FROM THE DEVELOPMENT OF TELECOMMUNICATIONS AND IN
PARTICULAR THE INTERNET

Jiří STRACH.....72

**ZÁVISLOST NA PRÁCI (WORKOHOLISMU): PSYCHOLOGICKÉ
A PEDAGOGICKÉ CHARAKTERISTIKY**

DEPENDENCE ON WORK (WORK HOLISM): PSYCHOLOGICAL AND
PEDAGOGICAL CHARACTERISTICS

Evžen ŘEHULKA.....78

ANOTACE.....83

LITERATURA.....90

SEZNAM AUTORŮ.....98

VĚCNÝ REJSTŘÍK.....99

JMENNÝ REJSTŘÍK.....102

ÚVOD

Současná škola má řadu problémů; některé jsou nové, některé provázejí v různých modifikacích školství od jeho počátků. Je to dáno hlavně tím, že škola je živý organismus, který reaguje – a musí reagovat – na problémy doby, na společenskou situaci a musí brát v potaz charakteristiky lidí – žáků i učitelů – kteří v této škole žijí. Školství není náhodný systém, ale naopak struktura, která má určitý řád a sleduje určité aktuální perspektivy. V České republice jsou toho dokladem současné Rámcové vzdělávací programy, které mají naše školství reálně zasadit do současnosti, orientovat ho na potřeby doby a zaměřit na budoucnost. Jednou z takových priorit, která sice byla vždy ve vědomí naší školy, ale nyní je explicitně vyjádřena, je problematika zdraví.

Zdraví patří mezi nejdůležitější životní hodnoty a v 21. století se stává zcela konkrétně definovaným programem, který má nejen svou stránku zdravotnickou, ekonomickou, politickou atd., ale i velmi důležitý aspekt pedagogický. Je tedy zákonité, že v RVP se objevila kapitola „Člověk a zdraví“, která dává našim základním školám konkrétní úkoly ve výchově ke zdraví.

Zájem o zdraví není dokumentován jen RVP, ale úsilí v tomto směru vyvíjí celý dnešní svět. Světová zdravotnická organizace (SZO/WHO) zveřejnila program ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ, který ukazuje na potřeby podpory zdraví na celé naší planetě. Stále větší pozornost si vyžadují materiály a programy různých světových i našich společenským či vědeckých institucí, které se zabývají otázkami zdraví a zdůrazňují jejich závažnost.

Z těchto inspirací a pozic jsme koncipovali výzkumný záměr Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ. Projekt se zabývá problematikou zdravého životního stylu a zdravotní chování, které škola může a má ovlivňovat a chce dát škole informace, které by umožnily zefektivnit výchovu ke zdraví, zejména mladé generace. Cílem projektu je komplexní pohled na zabudování problematiky zdraví v jeho složce tělesné, psychické a sociální do základního školního vzdělání, vytvoření metodologické a metodické koncepce výchovy a podpory zdraví a ověření evaluačních nástrojů ke zjišťování efektivity zdravotní uvědomělosti (dovedností, vědomostí, postojů a odpovědnosti) žáka a školy jako instituce.

Jednou z oblastí, na kterou je nutno brát zvláštní zřetel je problematika prevence, která může být efektivní zejména tehdy, když lidé budou mít „získávání základní orientace v názorech na to, co je zdravé a co může zdraví prospět, i na to, co zdraví ohrožuje a poškozuje“ (RVP). Některým uvedeným otázkám se věnujeme v této publikaci, jejíž

inspirací byl seminář uskutečněný v rámci výzkumného záměru ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ 24. dubna 2008 v Brně na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity.

Některé studie v této publikaci prezentují výzkum, další představují pouze literární přehled dané problematiky. Seminář ani tato publikace si nekladly za cíl zvládnout systematicky prevenci závislostí ve škole, ale domníváme se, že je zde poukázáno na řadu aktuálních problémů, které mohou být pro zájemce užitečné a podnětné.

Evžen Řehulka
řešitel výzkumného záměru
ŠKOLA A ZDRAVÍ PRO 21. STOLETÍ

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PREVENCE NA ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH A POŽADAVKY NA ZMĚNY A NOVÉ PŘÍSTUPY

ASSESSMENT OF THE PREVENTION AT BASIC SCHOOLS AND REQUEST TO CHANGING AND NEW APPROACHES

Tomáš ČECH

Akcelerující vývoj ve všech oblastech lidského konání a současná společenská realita klade na jedince stále vyšší a vyšší nároky z hlediska jeho kompetencí v různých oblastech každodenního života. Stále výraznější požadavky jsou kladeny také na školu jako klíčovou výchovně-vzdělávací instituci a edukaci samotnou. Jednou z oblastí, která se k akcelerujícímu společenskému vývoji jeví jako zásadní, je problematika předcházení sociálně negativním jevům a různým formám deviantního chování. Můžeme ale říci, že současná škola je na tento vývoj z hlediska preventivně-výchovné práce připravena? Dokáže ovlivnit dítě tak, aby bylo schopné v kontaktu s jakýmkoliv problémem kompetentně jednat a nenechat se negativně ovlivnit? Pokud provedeme evaluaci současného stavu preventivních strategií v základních školách, které se autor příspěvku již několik let intenzivně věnuje, zjistíme, že reálná situace na školách není optimální a vyznačuje se jistými deficity, na které by bylo třeba reagovat.

Prevence v základních školách a požadavky na její realizaci

Efektivita prevence nejrozličnějších forem rizikového chování ve škole neodpovídá požadavkům akcelerujícího vývoje společnosti, což můžeme konstatovat na základě několika šetření z posledních let (mj. Čech, 2005; Wiegerová, 2005 aj.). Převládají přežitě, neefektivní strategie předcházení jako *zastrašování, jednoduchá základní informovanost, jednorázové nesystémové aktivity (přednášky, besedy), citové apely*, a to i přesto, že na tyto nevhodné strategie upozorňují odborníci (např. Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996 ad.) již od začátku devadesátých let minulého století. Závažným problémem je, že na vývoj nereaguje společnost dostatečně z hlediska odborné přípravy a rozvoje kompetencí učitelů, na které je v současné době stavěn zásadní podíl z hle-

diska utváření kompetenci žáků (v souvislosti se zavedením Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání) a formování postojů, mj. ke zdraví, jehož součástí je imunita vůči sociálně nežádoucím vlivům.

Jako výrazný deficit můžeme vnímat také skutečnost, že pozornost primární prevenci je věnována často až v době, kdy už jsou děti výrazněji ohroženy řadou nežádoucích podnětů, tzn. až na 2. stupni škol. A nejen, že děti již jsou v určitém nebezpečí (např. se dá předpokládat, že většina dětí již tomto věku prošla experimentováním s alkoholem či kouřením, tzn. že už nemůžeme hovořit ve vztahu k těmto společenským drogám o prevenci primární, nýbrž sekundární), ale prevence u těchto dětí nemá většinou na čem stavět (na konkrétních znalostech, vytvořených postojích a názorech v předškolním nebo mladším školním věku), tzn. efektivita ovlivňování dětí staršího školního věku bude velmi nízká. Dalším ze znaků mnohých škol je tedy vedle *neodbornosti* příznačná jistá *nekonceptnost* a *nesystematičnost*.

Jaké požadavky by tedy prevence měla splňovat? Mnohé vycházejí ze základních pedagogických zásad, na které kladl důraz již J. A. Komenský. Primární prevence, pokud má být efektivní, smysluplná a imunizovat dítě ve vztahu k rizikovým společenským vlivům, by měl být **konceptní, ucelená, systematická a dlouhodobá**, dále **přirozená a co nejméně násilná** a v neposlední řadě **odborná**.

Požadavek dlouhodobé, ucelené a systematické koncepce

Základním předpokladem je, že bude směřována minimálně do mladšího školního, optimálně předškolního věku. Určitými pozitivními kroky v tomto ohledu můžeme vnímat ve zřízení funkce *školního metodika prevence* a povinnost škol vytvářet *Minimální preventivní programy*, který je metodickým pokynem MŠMT prezentován jako *komplexní systémový prvek v realizaci preventivních aktivit ve škole a základní nástroj prevence*.

Pozice metodika prevence se vyčlenila z funkce výchovného poradce a jeho úkolem je vykonávat tři základní činnosti:

1. *Metodická a koordinační činnost.* Obsahuje především tvorbu preventivních programů, resp. *Minimálního preventivního programu*, který je základním nástrojem prevence na školách. Má se zaměřovat přímo na vytyčené oblasti sociálně patologických jevů (záškoláctví, násilí, vandalismus, zneužívání, delikvence, závislosti, problémy multikulturního soužití ve společnosti atp.). V této problematice vzdělává další pedagogické pracovníky.
2. *Informační činnost.* Metodik předává informace o primární prevenci pedagogickým pracovníkům a výsledky o ní dále zpracovává a prezentuje. Vytváří si databázi spolupracovníků školy v rámci prevence sociálně patologických jevů (poradny, zdravotnická zařízení, Policie ČR, sociální péče...).
3. *Poradenská činnost.* Spočívá především ve vyhledávání žáků s rizikem či projevy sociálně patologických jevů, v pomoci třídním učitelům při jejich odhalování a řešení a integraci žáků s těmito poruchami (Vyhlaška č. 72/2005 Sb.).

Stejně jako u výchovného poradce se jedná o vybraného učitele, který musí absolvovat odpovídající akreditované vzdělávání.

Na první pohled se tyto kroky ve vztahu k prevenci na školách jeví jako velmi zajímavé, systémové; při hlubší analýze ale dojdeme k závěru, že se jedná o dílčí, nepřilíhající koncepční prvky, jejichž efektivnost naráží na několik nedostatků. Metodik prevence má zaštitřovat vytváření preventivních programů na školách, koordinovat aktivity v rámci školy, spolupracovat s učiteli atp., ale to vše nad rámec svých učitelských povinností v plném rozsahu, a nezdědka s výrazně omezenými kompetencemi v rámci školy. Nemá-li pověřený učitel úlevu z výukové povinnosti, buďto prevenci vykonává v omezené, neodpovídající míře v době svého volna nebo plní jen určité formální kroky, které škola vykáže inspekci. Rovněž se metodikové potýkají s omezenými kompetencemi pro svou činnost a nízkému chápání nutnosti systémové prevence ze strany vedení školy. A co je velmi vážné, nemalá část metodiků je funkcí pověřena nebo jejich činnost je jen velmi formální, což škole v systémovém předcházení nežádoucího chování dětí nikterak nepomůže. Odrazem jsou také Minimální preventivní programy škol, které velmi často nesplňují základní požadavky na primárně preventivní ovlivňování dětí, o kterých jsme se již zmiňovali a dále zmíníme.

V návaznosti na pozdní realizaci primární prevence až na 2. stupni škol, když víme, že je nutné začít ovlivňovat názory a postoje dětí mnohem dříve, než hrozí dítěti reálné riziko konfrontace např. s alkoholem, tabákem nebo šikanou (tedy minimálně v mladším školním věku), nemůžeme předpokládat, že školní metodik prevence s nedostatečným prostorem pro svou činnost bude schopen pokrýt požadavky celé školy včetně primárního stupně. Zde je prevence doménou především samotných učitelů a u této věkové skupiny je to i žádoucí, ale zásadním nedostatkem je odborná nepřipravenost učitelů pro tyto činnosti. Potřebná by byla opora v odborníkovi (alespoň jeden z učitelů), který by měl i na prvním stupni dostatečné kompetence a mohl koordinovat tyto činnosti, byl odbornou oporou učitelů

Podnětnou a ne nereálnou variantu komplexnějšího řešení nastínil na odborné úrovni (konference, odborné příspěvky) autor tohoto příspěvku (Čech, 2007), a to vizi uplatnění *sociálního pedagoga* na základních školách jako všestranně specializovaného odborníka pro práci v sociální sféře s kompetencemi pro oblast primární, sekundární a terciární prevence a intervence, práci se sociálně znevýhodněnými skupinami a jedinci. Do jeho kompetencí na ZŠ by mj. mohly spadat všechny úkoly v souvislosti s realizací preventivních činností na základních školách. Tento odborník by výrazně přispěl k ozdravení prostředí školy, předcházení a řešení rizikového chování a dalších sociálních problémů žáků, koordinaci mimovýukových aktivit, podílel by se na celkovém klimatu školy a mohl ulehčit v mnoha nárocích kladených na učitele. Podmínkou by bylo vytvoření dostatečného prostoru pro koncepční, systémovou práci.

Požadavek nenásilného, přirozeného a nenuceného ovlivňování

Základním předpokladem je, že se budou preventivně-výchovné činnosti prolínat výukou a dalšími rozmanitými aktivitami školy, tzn. omezí se jednostranné, účelové a nárazové preventivní aktivity, pokud se nestanou součástí určitého systému činností. Zde platí primární zásada, že *čím méně si dítě bude uvědomovat, že je ovlivňováno, tím efektivnější všechny výchovné kroky budou a rozvinou osobnost žáka žádoucím směrem.*

Jako pozitivní krok a vhodný nástroj se jeví zavedení *Rámcového vzdělávacího programu* do systému základního školství a možnost školy vytvářet si vlastní *školní vzdělávací program* „na míru“, kde se očekává výrazné zapojení pedagogů při jeho utváření

a samotné výuce podle něj. Mimo celkově inovujícího přístupu ke vzdělávání prostřednictvím tzv. *vzdělávacích oblastí* je hlavním cílem edukačního procesu ve školách rozvoj **klíčových kompetencí** žáků, které chápeme jako souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot nezbytných pro osobnostní rozvoj dítěte, projevující se v připravenosti a způsobilosti využít je v reálných a praktických životních situacích. A jako zásadní lze vnímat i rozvoj kompetencí dítěte ve vztahu k rizikovým formám chování, experimentování s návykovými látkami apod., tak, aby až se dítě s problémem setká, bude umět na situaci reagovat odmítavým postojem. V tu chvíli můžeme říci, že je díky výchově a preventivnímu působení připraveno na tyto a podobné životní situace a je k nim dostatečně kompetentní.

Hlavní prostor v RVP ZV pro implementaci témat směřujících k předcházení všech forem rizikového chování se jeví v těchto vzdělávacích oblastech:

4. Člověk a jeho svět. Oblast vymezena pro 1. stupeň ZŠ, klíčovou je tématická oblast *Člověk a jeho zdraví*.

8. Člověk a zdraví. Obsahuje 2 zásadní tématické oblasti *Výchova ke zdraví* (pro 2. stupeň ZŠ) a *Tělesná výchova* (pro 1. i 2. stupeň ZŠ, z hlediska prevence se věnuje významu pohybu, zdraví, bezpečnosti atp.)

Neméně důležitý prostor se vybízí ve vzdělávací oblasti 10. Neobligatorní obory vzdělávacích oblastí díky např. tématické oblasti *Dramatická výchova*, která nabývá právě ve vztahu k prevenci na školách, utváření vztahů a klimatu zásadnější význam.

Zcela novou a podstatnou součástí RVP ZV jsou tzv. **průřezová témata**, která rozšiřují poznání žáků, ale také obohacují jejich osobnost a vztahy s jinými lidmi, podporují utváření vhodných postojů, mají vliv na celkovou atmosféru školy a propojují činnosti uplatňované ve výuce s činnostmi mimo výuku a mimo školu. Stávají se součástí žákovy běžné životní zkušenosti, která vzniká při kontaktu se světem. Průřezová témata jsou důležitým formativním prvkem základního vzdělávání, vytvářejí příležitosti pro individuální uplatnění žáků i pro jejich vzájemnou spolupráci a pomáhají rozvíjet osobnost žáka především v oblasti postojů a hodnot, úzce se propojují se vzdělávacím obsahem a tím se *podílejí na utváření a rozvíjení klíčových kompetencí* (VÚP, 2005: 13–14). Z hlediska naší problematiky se jako klíčové jeví téma **Osobnostní a sociální výchova**, částečně *Multikulturní výchova* a *Mediální výchova*.

Mapování prvotních zkušeností učitelů po zavedení Rámcového vzdělávacího programu a prvních týdnů výuky podle vlastního školního vzdělávacího programu přineslo ovšem ve vztahu k primární prevenci nepřilíš optimistické poznatky. Obecně se učitelé shodují, že učí to samé, ale jinak. Větší část jich uvádí, že do svých předmětů aktivity směřující k prevenci rizikového chování zavádějí, a to takřka výhradně prostřednictvím vzdělávací oblasti *Člověk a jeho svět* (na 1. stupni – předměty prvouka, přírodověda, vlastivěda), další prostor vnímají v předmětech český jazyk a tělesná výchova; u učitelů 2. stupně závisí na aprobaci. Pokud ale půjdeme do podstaty konkrétních témat a forem, zjistíme, že ŠVP v přístupu k prevenci u většiny učitelů prozatím mnoho nezměnil – zapojení do jednorázových specifických projektů, besedy na problémové

téma (včetně Policie ČR apod.), diskuse o drogách, což není příliš optimistické zjištění. Z některých odpovědí je ale patrné, že menší část učitelů si uvědomuje důležitost včasného předcházení a vědí, jakými cestami může být neefektivnější – uvádějí využití socioher, dramatické výchovy, práci s příběhem, problémovou výuku, posilování a utváření klimatu třídy, podpora zdravého životního stylu bez rizik apod.

Názory na využití školních vzdělávacích programů pro preventivní aktivity nejsou jednotné, některé až skeptické, dle učitelů se v nich neobjevuje více než bylo dáno osnovami dříve. Navíc ve vztahu k prevenci vnímají, že tuto roli by měl plnit školní metodik prevence a minimální preventivní program, proto tuto oblast mnozí podvědomě vypouštějí. Někteří učitelé ale vidí potenciál, který program skýtá, ale podotýkají, že klíčový je přístup učitele: „*Myslím si, že v rámci RVP je pro prevenci více prostoru; záleží, jak se k tomu postaví jednotliví učitelé, popř. škola*“ – „*Smysl má ŠVP ve vztahu k prevenci snad v tom, že škola má jeho prostřednictvím ucelený pohled na tuto problematiku a každý učitel je s ní obeznámen. V konečném pohledu však bude rozhodující odpovědnost učitele, jeho přístup a řešení bez ohledu na to, zda-li je nasán nějaký program. Mám vážné obavy, aby to opět nebyla jen nějaká formalita.*“

Pro učitele není určité jednoduché začít pracovat „jinak“. Neustále se od nich něco očekává – nové přístupy, další vzdělávání, tolerance k problémovému chování dětí atp. V počátku vyučování podle RVP je nasnadě, že si budou nově koncipovat své předměty v duchu školního programu, ale podstatné je, že někteří vnímají prostor ve vztahu k prevenci, který inovativní přístup nabízí, a to je nejspíše v této fázi klíčové. V každém případě jsou tu rezervy (mj. v již zmiňované pozici školního metodika prevence a jeho kompetencích), na kterých lze do budoucna stavět. Vzájemná provázanost předmětů a promyšlené zařazení průřezových témat do ŠVP má velký potenciál při odstranění izolovaných pokusů o primární prevenci, což lze vnímat jako zásadní předpoklad a hlavní výhodu RVP ve vztahu k preventivně-výchovné práci.

Požadavek odborného vzdělávání pedagogů a získání potřebných kompetencí k realizaci preventivních aktivit

Reagovat na tento požadavek musejí především pedagogické fakulty v přípravě nových učitelů, ale rovněž samy školy, aby zprostředkovaly získání potřebných informací svým učitelům (prostřednictvím kurzů, dalšího vzdělávání apod.). Především starší učitelé nedokáží často bez dalšího vzdělávání reagovat na aktuální potřeby dítěte jak by bylo žádoucí. Jak jsme již zmínili, nároky na učitele se stále zvyšují; nejeví se jako reálné, aby byl pedagog schopen reagovat na všechny tyto požadavky a mnohem dříve hrozí *syndrom vyhoření*. Bylo by dobré uvažovat o ulehčení učitelům, kteří by např. na preventivně-výchovné činnosti v rámci školy jen spolupracovali a byli partnery např. zmiňovanému *sociálnímu pedagogovi* nebo *školnímu metodikovi prevence*, který by měl na úkor výrazné úlevy v přímé výukové činnosti větší kompetence pro preventivní aktivity, do kterých by učitele zapojil.

V návaznosti na dříve uvedenou nejednotnost k přístupu k prevenci na primárním stupni je dobré zmínit, že se na brněnské pedagogické fakultě daří v rámci studia oboru Učitelství 1. stupně ZŠ realizovat specializaci Sociální pedagogika, po jejímž absolvo-

vání získají studenti kompetence pro preventivní činnosti na primárním stupni a Osvědčení, opravňující mj. ke koordinaci a konzultační činnosti v této problematice.

Požadavek koordinovanosti aktivit

A to nejen v rámci školy (jejich provázanost jednotlivými ročníky, předměty, s mimoškolními aktivitami a nabídkami subjektů „z venku“), ale rovněž v rámci regionu (spolupráce škol a dalších institucí) a v neposlední řadě i v rámci republiky (např. z hlediska nabídek resortů MŠMT a jiných).

Vezmeme-li v úvahu školu jako součást lokálního prostředí, někdy se jeví jako příliš odtřzená od dění ve svém okolí, a to se podstatnou měrou podílí i na fungování školy a především výchovném působení na žáky. Optimálně by měl fungovat systém spolupráce mezi školou a jinými zařízeními, institucemi (středisky volného času, nízkoprahovými centry, zájmovými organizacemi, sociálními pracovníky, institucemi provádějící preventivní výchovné aktivity apod.), koordinovaný a podporovaný např. nejbližším úřadem z hlediska státoprávního uspořádání. Nemůžeme očekávat, že o fungování a nabídce všech těchto subjektů bude vědět učitel. Zde je opět prostor (nedostatečně využitý) pro metodika prevence (hypoteticky sociálního pedagoga), což by nejspíše mělo být součástí jeho kompetence. V některých regionech je již patrná podpora ze strany úřadů, které pro podobné využití vydávají, popř. zveřejňují adresáře organizací s vymezením činnosti a nabídky.

Spolupráce s rodiči dětí

Pokud jsme vymezili a analyzovali všechny požadavky na prevenci a provedli evaluaci současného stavu, nemůžeme opominout rodinu a rodiče, kteří sehrávají ve všech preventivních zásadách klíčovou. Optimálně stojí na počátku pozitivního preventivně-výchovného ovlivňování dítěte (především z hlediska tzv. nespecifické prevence a výchovy) a utvářejí jeho postoje a hodnotový žebříček; dále jako součást lokálního prostředí, ve kterém se škola nachází, je rovněž velmi důležitým činitelem, který ovlivňuje dění ve škole (včetně prevence) i okolí.

Bohužel nezřídka selhává rodina (rodič) jako autorita a vzor dítěte, směrem k rodině jsou směřovány minimální kroky ze strany společnosti, která by se spolupodílela na fungování a výchovném ovlivňování rodiny. Vůči rizikovému chování se nezřídka rodina jeví jako nekompetentní, dezorientovaná, někdy znevažující výchovné působení ze strany učitele. Rodina většinou není připravena nebo schopna přijímat podněty ze strany školy, snahy o zapojení rodičů do výchovné spolupráce selhávají na nezájmu rodičů, popř. zbavování se zodpovědnosti za dítě v době návštěvy školy.

Jako důležité kroky ze strany rodiny ve vztahu efektivního předcházení rizikovému chování je dobré připomenout: být pro dítě pozitivní autoritou a vzorem, věnovat dětem více času, spolupodílet se na utváření volného času a společně tento čas prožívat, vést děti k samostatnosti, přijímat podněty ze školy a spolupracovat na výchovném ovlivňování spolu se školou. Vést děti ke svobodě rozhodování a zodpovědnosti postavené na správném utváření a formování postojů dítěte. Na tyto kroky je třeba rodinu připravovat a jako stěžejní se jeví právě vtažení rodičů do dění školy a aktivní spolupráce mezi rodinou a školou.

POHLED STUDENTŮ MASARYKOVY UNIVERZITY NA PREVENCI PATOLOGICKÝCH ZÁVISLOSTÍ

MASARYK UNIVERSITY STUDENTS' POINT OF VIEW AT PREVENTION OF PATHOLOGICAL ADDICTIONS

Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ

Úvod

Těžiště primární prevence patologických závislostí u dětí a dospívajících spočívá kromě rodiny na bedrech základní a střední školy. Mladí dospělí, k nimž patří i vysokoškolští studenti, jsou pokládáni za dostatečně zralé osobnosti, aby dokázali účinně odolávat nabídce různých návykových látek a návykovému chování, a nestali se tak obětmi patologických závislostí. Z epidemiologického hlediska proto nepředstavují významnou rizikovou populační skupinu. Podle řady výzkumů je však třeba věnovat jim větší pozornost, neboť po absolutoriu ve svých profesích působí na mládež, pacienty, klienty, jednají s veřejností a sdělovacími prostředky, představují pro veřejnost autority, odborníky s modelovým způsobem chování.

Jejich osobnostní image se stává součástí představy společnosti o úrovni zdravotnictví, školství, vědy, právního systému, podnikání. Důležitý je individuální příklad každého odborníka-vysokoškoláka, poněvadž se tak zviditelňují jeho vlastní kvality i nedostatky (Dubský, 1994; Dvořák, 1995; Nešpor, Csémy, 1996; Pavúk, Koščo, 1997).

K zátěžovým momentům studia na vysoké škole náleží problémy s adaptací na jiný životní stereotyp, jenž klade vysoké nároky na samostatnost, zodpovědnost, účelné plánování a využívání času, schopnost koncentrace i relaxace mladého člověka (1996 *Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies*, 1997; Kandell, 1997; Novotný, Kolibáš, 1997).

Po absolutoriu si mladí odborníci hledají práci a stále více jejich potenciálních zaměstnavatelů přihlíží kromě kvality dosaženého vzdělání a osobnostních charakteristik i k možným problémům uchazeče s návykovými látkami, a to včetně alkoholu a tabáku (The NNICC Report 1996. *The Supply of Illicit Drugs to the United States*, 1997; Lenton et al., 1997; Rouse, 1996).

Na Masarykově univerzitě proběhla po několika pilotních šetřeních (1993–1997, LF MU, srov. Kachlík, Šimůnek, 1995 a 1998; Hrubá, Kachlík, 1998) reprezentativní epidemiologická studie, zaměřená na deskripci drogové scény mezi vysokoškolskými studenty. V České republice se této populační skupině věnovala menší pozornost než dětem a mladistvým, proto lze tvrdit, že MU sehrála průkopnickou roli (*Csémy et al., 2004*).

V období 2005–2007 byl uskutečněn tříletý projekt s názvem „Deskripce drogové scény na MU a návrh preventivních opatření“. První rok byla realizována sonda do drogové scény na 2 fakultách MU (pedagogické a lékařské) k ověření metodiky studie (*Kachlík, Havelková, 2007*), druhý rok výzkum na reprezentativním vzorku téměř 10000 respondentů (výsledky se ještě zpracovávají), závěrečný rok byl věnován mapování preventivních aktivit na Univerzitě. Vybraná data ze třetí etapy jsou prezentována v tomto sdělení.

Materiál a metody

Předmětem výzkumu se stali posluchači všech 9 fakult Masarykovy univerzity. Celkem šlo o 2176 respondentů – prezenčních studentů, z toho 592 mužů (27,2 %) a 1584 žen (72,8 %). Průměrný věk respondentů v celém souboru byl 21,6 roku, SD 2,75, mužů 20,9 roku, SD 2,14 a žen 21,8 roku, SD 2,91. O zamýšlené akci bylo uvědoměno vedení Univerzity, které ji na poradě schválilo. Studenti byli osloveni pomocí zvýrazněného sdělení v aplikaci Vývěska Univerzitního informačního systému.

Autoři studie se snažili obstarat standardizovaný dotazník, cílený na primární prevenci závislostí, ale i přes oslovení řady institucí (Lékařská fakulta MU, Státní zdravotní ústav Praha, krajské hygienické stanice) nebyl takový dokument k dispozici. Proto byl sestaven vlastní nestandardizovaný formulář.

Získávání informací proběhlo anonymně dotazníkovou metodou. Dotazník obsahoval základní identifikátory (věk, pohlaví, fakulta, ročník studia) a 21 otázek, z toho 16 s uzavřenou, a 5 s polouzavřenou volbou odpovědí. Otázky byly zaměřeny na dosavadní zkušenosti respondentů s primární prevencí závislostí na střední škole a na Univerzitě, na systematickosti a nabídku prevence, typy preventivních aktivit a jejich subjektivní hodnocení, potřeby a přání studentů. Elektronická verze dotazníku byla transformována do podoby interaktivní grafiky (flashové aplikace) a umístěna na veřejně přístupné webové adrese <http://boss.ped.muni.cz/drogy>. Současně byla vytvořena a ověřena sběrná databáze, kam se ukládaly odpovědi respondentů.

Ve formuláři byla před vlastními otázkami zařazena stručná informace o řešeném projektu, jeho záměru a o řešitelích spolu s jejich kontaktními adresami. Zájemci o studii se mohli svobodně rozhodnout, zda se dotazování zúčastní či nikoli. Odmítnutí či přijetí vyplnění formuláře nebylo svázáno s žádnými dalšími nabídkami. Údaje byly elektronicky zaznamenávány do připravené databáze na serveru. Po skončení dotazování (21. 12. 2007) byly převedeny do formátu použitelného pro přenos dat do statistického software (dbf v. 4), následně statisticky zpracovány programy EpiInfo 6 En (Dean et al., 1994) a Statistica for Windows 7 Cz (*StatSoft Inc., 2004*). Pomocí statistických testů (χ^2 , Fisher exact) byly zhodnoceny statistické významnosti rozdílů mezi znaky při dělení souboru dle pohlaví, dle fakult a dle ročníků.

Výsledky

Výsledky studie jsou prezentovány tabulkovou formou a textovým komentářem. Výraz „abs“ v záhlaví tabulek znamená absolutní četnost příslušného znaku, „%“ četnost relativní. Nadpis tabulky je současně označením sledovaného znaku.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1696	77,9	528	89,2	1168	73,7
Ano	480	22,1	64	10,8	416	26,3
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 1: Setkání s aktivitami prevence závislosti na MU (tříděno dle pohlaví)

Pouze pětina celého souboru se setkala během svého studia na Univerzitě s primární prevencí závislosti, u mužů šlo o desetinu, u žen o čtvrtinu odpovídajících ($p < 0,001$, χ^2). Rozdíly byly zaznamenány rovněž při třídění odpovědí respondentů dle ročníku jejich studia. S prevencí závislosti se na Univerzitě setkala desetina dotazovaných v prvních ročnících, třetina ze druhých a třetích ročníků, pouze 7 % ze čtvrtých a až 50 % v pátých ročnících studia.

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ve výuce	432	19,9	48	8,1	384	24,2
Na kolejích	32	1,5	16	2,7	16	1,0
Na vzdělávacích akcích pořádaných MU	16	0,7	16	2,7	0	0,0
Na jiných akcích pořádaných MU	32	1,5	0	0,0	32	2,0

Tabulka 2: Příležitost, při níž se respondenti setkali s prevencí závislosti v rámci MU (tříděno dle pohlaví, uvedeny pouze pozitivní odpovědi)

Přehled pozitivních odpovědí celého souboru ukazuje, že ve výuce se s prevencí závislosti na Univerzitě setkala pětina vzorku prezenčních studentů, při dělení dle pohlaví desetina mužů a čtvrtina žen ($p < 0,001$, χ^2). Preventivní aktivity na kolejích zaznamenala sotva 2 % souboru, ženy poněkud více, v rámci vzdělávacích akcí pořádaných Univerzitou necelé 1 % z celého vzorku, prakticky šlo jen o muže. Jiné akce v režii Masarykovy univerzity zmínila necelá 2 % souboru, zde prakticky pouze ženy.

Ve výuce se studenti s prevencí závislosti nejčastěji setkávají na pedagogické, přírodovědecké a lékařské fakultě.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
V povinných předmětech	224	10,3	16	2,7	208	13,1
V povinně volitelných předmětech	32	1,5	0	0,0	32	2,0
Ve volitelných předmětech	176	8,1	32	5,4	144	9,1
Ve výuce se nesetkali	1744	80,1	544	91,9	1200	75,8
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 3: Typ předmětu, v němž se respondenti setkali s prevencí závislostí v rámci výuky na MU (tříděno dle pohlaví)

Ve výuce na Univerzitě se s primární prevencí závislostí nikdy nesetkalo 80 % vyšetřovaného vzorku, 92 % mužů a 76 % žen. Přibližně desetina celého souboru studentů a žen se s prevencí setkala v rámci povinných předmětů, z mužů necelá 3 % ($p < 0,01$, χ^2). Kolem 2 % uvedlo kontakt v rámci povinně volitelných předmětů, šlo prakticky jen ženy. Desetina celého vzorku zmínila volitelné předměty, ženy více ($p < 0,001$, χ^2).

Nejvíce respondentů se s primární prevencí závislostí setkává v rámci povinných předmětů na pedagogické fakultě (34 %), dále na lékařské (9 %), právnické (7 %) a filosofické (6 %) fakultě. Povinně volitelné předměty byly zmíněny jen u pedagogické fakulty (7 %), volitelné předměty již častěji (fakulta ekonomicko-správní 11 %, filosofická 6 %, informatiky 25 %, lékařská 9 %, pedagogická 7 %, přírodovědecká 19 %).

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Prostá přednáška	256	11,8	0	0,0	256	16,2
Přednáška s diskusí	80	3,7	32	5,4	48	3,0
Beseda s odborníkem	16	0,7	0	0,0	16	1,0
Beseda s ex-userem	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Návštěva K-centra ap.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Návštěva léčebného zařízení	16	0,7	16	2,7	0	0,0
Školní preventivní program	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mimoškolní preventivní program	32	1,5	16	2,7	16	1,0
Umělecké aktivity	16	0,7	16	2,7	0	0,0
Sportovní aktivity	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabulka 4: Přehled aktivit, které studenti mohli absolvovat v rámci protidrogové prevence na MU (tříděno dle pohlaví, uvedeny pouze pozitivní odpovědi)

Z pozitivních odpovědí vzorku všech respondentů vyplynulo, že desetina se s prevencí na Masarykově univerzitě setkala na monologicky vedených přednáškách (zmínily jen ženy), okolo 4 % na přednáškách s diskusí (bez větších rozdílů mezi pohlaví).

vími), necelé 1 % na besedách s odborníky (uvedly pouze ženy) a při návštěvách v léčebných zařízeních pro závislé (zmínili pouze muži). Přibližně 2 % všech respondentů se účastnila mimoškolních preventivních programů (muži více), necelé 1 % různých uměleckých aktivit (označili jen muži).

Na fakultách jsou využívány zejména prosté přednášky (bez zpětné vazby), což uvedli především studenti pedagogické a lékařské fakulty, méně často i filosofické a přírodovědecké fakulty. Přednášky s diskusí byly zmíněny z řad posluchačů fakulty pedagogické, právnické a informatiky. Sporadicky byly označeny i jiné typy aktivit, např. beseda s odborníkem, návštěva léčebného zařízení, zapojení do mimoškolního preventivního programu, umělecká činnost.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Pouze na legální drogy	1824	83,8	528	89,2	1296	81,8
Pouze na ilegální drogy	32	1,5	16	2,7	16	1,0
Pouze na virtuální drogy	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Na legální i ilegální drogy	112	5,1	32	5,4	80	5,1
Na všechny typy závislostí	208	9,6	16	2,7	192	12,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 5: Zaměření preventivních aktivit na MU (tříděno dle pohlaví)

Nejčastěji frekventovanou odpovědí (80 % v celém souboru a u žen, 90 % u mužů) bylo, že se preventivní aktivity na Univerzitě týkaly pouze problematiky alkoholu a tabáku. Prevenci závislostí na zakázaných substancích vyzdvihla 2 % respondentů, nikdo neuvedl, že šlo o předcházení závislostem na tzv. virtuálních drogách. Zmínku o komplexnějším podání univerzitní prevence uvedlo 5 % dotazovaných (závislost na alkoholu, tabáku a zakázaných látkách). Přibližně desetina všech oslovených a žen, z mužů pouze 3 %, odpověděla, že prevence na Univerzitě byla zaměřena na všechny typy závislostí, tedy na substancích, virtuálních drogách a návykovém chování. Globálně byla zaznamenána statistická významnost mezi odpověďmi mužů a žen ($p < 0,001$, χ^2).

Podle mínění většiny respondentů z jednotlivých fakult se preventivní aktivity na Univerzitě týkají zvláště alkoholu a tabáku, méně jiných návykových látek a činností. Za komplexnější považuje prevenci část oslovených studentů fakulty pedagogické (52 %), informatiky (25 %), právnické (13 %), lékařské (9 %) a filosofické (3 %).

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ojedinelé	2112	97,1	592	100,0	1520	96,0
Systematické	64	2,9	0	0,0	64	4,0
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 6: Systematičnost univerzitních preventivních aktivit (tříděno dle pohlaví)

Za systematické považuje univerzitní preventivní aktivity jen okolo 3 % celého vzorku (prakticky jen ženy, z mužů nikdo). Zbytek zastává názor, že jde o ojedinělé snahy. Pouze respondenti z pedagogické fakulty (14 %) uvedli, že se na Univerzitě setkali se systematickými preventivními aktivitami. Více než 93 % dotazovaných, a to prakticky ve všech ročnících, se shodlo, že preventivní protidrogové aktivity na Univerzitě mají ojedinělý charakter. Se systematickým preventivním působením při třídění dle ročníků se setkala pouze minimum respondentů (nejvýše 7%), relativní četnosti mírně rostly směrem k vyšším ročníkům.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Cílené a užitečné	1216	55,9	320	54,1	896	56,6
Sice necílené, ale přesto užitečné	80	3,7	16	2,7	64	4,0
Nedovedu posoudit	672	30,9	208	35,1	464	29,3
Nejasně zaměřené, téměř bez užitku	160	7,4	16	2,7	144	9,1
Naprosto ztracený čas	48	2,1	32	5,4	16	1,0
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 7: Subjektivní pocit respondentů z preventivních aktivit na MU (tříděno dle pohlaví)

Více než 55 % celého souboru (bez zásadních rozdílů mezi pohlavími) považuje univerzitní prevenci závislosti za cílenou a užitečnou. Okolo 4 % všech respondentů hodnotí prevenci na Univerzitě jako necílenou, ale přesto užitečnou, ženy častěji. Třetina souboru nemá vyhraněný názor. Více než 7 % všech dotazovaných, 3 % mužů a desetina žen, kritizuje fakt, že prevence byla nejasně zaměřená a téměř bez užitku, 2 % všech respondentů (5 % mužů, 1 % žen) ji popisuje jako naprosto ztracený čas. Globálně byla zaznamenána statistická významnost mezi odpověďmi mužů a žen ($p < 0,001$, χ^2).

Přibližně polovina respondentů z jednotlivých fakult považuje prevenci na Univerzitě za cílenou a užitečnou, existuje však i relativně vysoké procento těch, kteří nedovedou zaujmout stanovisko, nemají názor. Obecně si na nízkou užitečnost a cílenost prevence stěžují studenti filosofické (3 %), lékařské (18 %), pedagogické (17 %) a přírodovědecké (10 %) fakulty. Část posluchačů právnické (7 %) a přírodovědecké fakulty (10 %) dokonce hodnotí prevenci na Univerzitě jako naprosto ztracený čas.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Nedostatečný	2000	91,9	512	86,5	1488	93,9
Dostatečný	176	8,1	80	13,5	96	6,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 8: Časový prostor pro primární prevenci závislosti na MU (tříděno dle pohlaví)

Devět z deseti respondentů si myslí, že primární prevenci závislosti na Univerzitě není věnován dostatek času. Ženy jsou kritičtější než muži ($p < 0,001$, χ^2). Pouze 6–9 % vzorku v jednotlivých ročnících míní, že je primární prevenci závislosti na Univerzitě věnován dostatečný časový prostor, zbytek tento názor nesdílí.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Nedostatečně pestrá	1968	90,4	496	83,8	1472	92,9
Dostatečně pestrá	208	9,6	96	16,2	112	7,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 9: Pestrost nabídky aktivit primární prevence závislosti na MU (tříděno dle pohlaví)

Bylo zaznamenáno obdobné hodnocení jako u předchozí položky. Devět z deseti respondentů zastává názor, že nabídka aktivit primární prevence závislosti na Univerzitě není dostatečně pestrá. Ženy jsou opět kritičtější než muži ($p < 0,001$, χ^2).

Skupina	Všichni (n=2176)		Muži (n=592)		Ženy (n=1584)	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Výklad s diskusí v rámci výuky	448	20,6	80	13,5	368	23,2
Beseda s odborníkem z praxe	1104	50,7	208	35,1	896	56,6
Beseda s ex-userem	1120	51,5	256	43,2	864	54,5
Návštěva preventivního či léčebného externího zařízení	992	45,6	160	27,0	832	52,5
Spolupráce na preventivním projektu/grantu	752	34,6	160	27,0	592	37,4
Kolejní akce	608	27,9	144	24,3	464	29,3
Mimokolejní akce	672	30,9	112	18,9	560	35,4

Tabulka 10: Posílení/zavedení protidrogových preventivních aktivit na MU dle názoru respondentů (tříděno dle pohlaví, uvedeny pouze pozitivní odpovědi)

Při hodnocení pozitivních odpovědí studentů se ukázalo, že pětina celého souboru (sedmina mužů a čtvrtina žen, $p < 0,001$, χ^2) by stála o zavedení či častější využívání výkladu s diskusí v rámci výuky. Besedu s odborníkem z praxe by uvítala polovina všech dotazovaných (35 % mužů, 57 % žen, $p < 0,001$, χ^2), podobně besedu s bývalým uživatelem drog (43 % mužů, 55 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Návštěvu externího preventivního či léčebného zařízení by si přálo 46 % osloveného vzorku (čtvrtina mužů a polovina žen, $p < 0,001$, χ^2). Přibližně třetina souboru (ženy více) by podpořila či posílila spolupráci posluchačů na preventivním projektu (grantu). Třetina celého vzorku (čtvrtina mužů, třetina žen, $p < 0,05$, χ^2) by posílila či zavedla různé kolejní preventivní aktivity, třetina všech respondentů (pětina mužů, třetina žen) akce mimokolejní (např. vzdělávací,

umělecké, sportovní apod., $p<0,001$, χ^2). Obecně studenti preferovali aktivity s vyšším podílem zpětné vazby a návštěvy terénních zařízení.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ne	1440	66,2	256	43,2	1184	74,7
Ano	736	33,8	336	56,8	400	25,3
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 11: Náзор respondentů na rozšíření nabídky služeb pro studenty MU o poradenství při problémech s drogami a návykovým chováním (tříděno dle pohlaví)

Třetina všech respondentů (57 % mužů a 25 % žen, $p<0,001$, χ^2) by souhlasila s rozšířením poradenství o problematiku závislosti. Zbytek oslovených nepovažuje toto téma za aktuální.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
V prostorách stávajícího poradenského centra	688	31,6	112	18,9	576	36,4
V objektu některé z kolejí MU	304	14,0	48	8,1	256	16,2
V prostorách některé z fakult MU	544	25,0	112	18,9	432	27,3
Mimo objekty MU	640	29,4	320	54,1	320	20,1
Celkem	2176	100,0	592	100,0	1584	100,0

Tabulka 12: Náзор respondentů na umístění centra protidrogové poradenství (tříděno dle pohlaví)

V případě, že by respondenti potřebovali využít protidrogového poradenství, mohli by volit z několika možností. Třetina z nich (pětina mužů, třetina žen) by ztotožnila poradenství při závislostech s objektem stávajícího Poradenského centra Univerzity, sedmina (8 % mužů, 16 % žen) by poradenství raději umístila v objektu některé z vysokoškolských kolejí Masarykovy univerzity. Čtvrtina všech dotazovaných (pětina mužů, třetina žen) by uvítala návštěvu poradenství v objektech některé z fakult Univerzity, třetina souboru (polovina mužů, pětina žen) pak zcela externě mimo dosah Univerzity. Globálně byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi mužů a žen ($p<0,001$, χ^2).

Diskuse

Podle dostupných literárních pramenů existují různé popisné a srovnávací studie charakteru drogové epidemiologie, zaměřené na užívání legálních i ilegálních drog u různých populačních skupin. Relativně nejlépe je monitorována situace mezi mládeží na základních a středních školách, která patří mezi nejvíce ohrožené skupiny. Na posluchače vysokých škol je zaměřena již menší pozornost a často zůstávají skryti ve větších populačních vzorcích – např. 18–35 let (Kolektiv, 1998a; Kolektiv, 1998b; Kolektiv, 1998c; 1996 Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies, 1997; Nešpor et al., 1994; Nešpor, Csémy, 1997). Zkušenosti vysokoškolských studentů s primární prevencí závislosti a s jejím uplatňováním v univerzitním životě jsou analyzovány jen zřídka, a to zvláště na humanitně zaměřených fakultách. Častější zmínky o způsobech aplikace prevence v univerzitním prostředí pocházejí ze zahraničí.

Kachlík a Šimůnek (1995, 1998) se věnovali sledování konzumace drog a postojů k nim u vysokoškolských studentů na MU od r. 1993. V období 1993–1997 provedli anonymní dotazníkové šetření na vzorku 456 posluchačů (177 mužů a 279 žen) 5. ročníku Lékařské fakulty MU. Zaznamenali vysokou úroveň syndromu „osobní imunity“, kdy byl riziko užívání řady návykových substancí bagatelizováno. Nebezpečí konzumace tabáku si studenti jasně připouštěli, zatímco konopných drog nikoli. Ženy zaujímaly kritičtější postoje než muži.

Kromě protikuřáckého působení byli medicí v rámci stáží na ústavu preventivního lékařství osloveni též aktivítami, týkajícími se primární prevence zneužívání netabákových a nealkoholových drog. Prevence závislosti byla probírána též ve výuce budoucích pedagogů a zakotvena ve studijních materiálech. Byla posílena spolupráce s Poradenským centrem MU a studenti dostali příležitost řešit své problémy se závislostmi přímo na univerzitní půdě.

Hrubá již více než 10 let úspěšně realizuje komplexní program preventivního protikuřáckého působení na studenty medicíny na Lékařské fakultě MU (Hrubá, Kachlík, 1998). Oslovila též klinická pracoviště, takže se posluchači lékařství dozvídají moderní teoretické i praktické poznatky o kouření tabáku a možnostech jeho redukce. Během studia dochází k vytváření pozitivního modelu lékaře-nekuřáka, studenti jsou školeni, jak oslovovat a přesvědčovat své budoucí pacienty, aby úspěšně zvládli kuřácký problém.

Csémy et al. (2004) zkoumali vzorek 904 pražských vysokoškoláků pomocí anonymního strukturovaného dotazníku, který byl zaměřen na zneužívání drog a postoje k nim. Obsahoval i škály, sledující některé psychologické charakteristiky. Rizikové či společensky nežádoucí formy užívání návykových látek byly zjištěny u třetiny souboru. Osoby s rizikovým chováním k návykovým látkám vykazovaly vyšší úroveň depresivity, horší duševní zdraví, obtížněji se ztotožňovaly s obecně platnými společenskými normami. Studenti, nadužívající alkohol nebo konzumující jiné drogy, zastávali smířlivější postoje k užívání návykových látek. Nebyly nalezeny žádné významné vazby mezi kvalitou rodinného prostředí a rizikovým užíváním drog.

Čaplová et. al. (1997) zjišťovala postoje posluchačů vysoké školy k problematice návykových látek pomocí vlastního dotazníku s 22 položkami. Výzkumu se zúčastnilo 112 studentů 4. ročníku Lékařské a Právnické fakulty Univerzity Komenského v Bra-

tislavě. Kostru dotazníku tvořily výroky z médií, k nimž dotazovaní vyjadřovali různě silnou míru souhlasu či nesouhlasu. Významně více žen (81 %) než mužů (71 %) vnímá pravidelné kouření marihuany jako riziko. Ženy přisuzují větší váhu při vzniku závislosti rodinnému prostředí a věří, že s užíváním drog lze přestat pouze na základě vlastního rozhodnutí a silné vůle. Respondenti prokázali dobrou úroveň informovanosti o drogovém problému, spíše ale v teoretické rovině. Scházejí jim přesnější informace o léčbě a doléčování závislých osob.

Orosová a Schnitzerová (1997) referovaly o komunikativním výcvikovém programu prevence závislosti pro studenty Pedagogické fakulty UPJŠ v Košicích. V připravenosti studentů na protidrogové aktivity hrají podstatnou roli jejich dosavadní zkušenosti s návykovými látkami, postoje k nim a akceptace programů primární prevence závislosti, což mapovala i dotazníková studie. Bylo osloveno 77 budoucích učitelů a 125 posluchačů neučitelských směrů. Ke drogám projevilo 47 % dotazovaných výrazně negativní postoj (zvláště budoucí učitelé), 52 % mírně negativní až neutrální, 1 % mírně pozitivní. Negativní postoje ke drogám byly významně častěji zaznamenány u žen, u nekuřáků a u abstinentů. U studentů existují závažné rozdíly mezi názory na jednotlivé oblasti preventivní práce a hodnocením vlastní připravenosti na práci se žáky, proto je klíčové začlenění informací a dovedností z oblasti prevence závislosti do pregraduální výuky.

Efektivní programy prevence závislosti by měly obsahovat odborně prezentované informace, zvl. o dlouhodobých negativních účincích drog, posilování přiměřeného sebeocenení a příležitosti pro realizaci životních cílů, přípravu mladých lidí na zvládání konfliktů, tlaku vrstevníků, rozvoj sociálních dovedností a umění odmítat drogy.

Univerzity v USA se brání růstu zneužívání návykových látek mezi svými studenty mimo vlastních preventivních programů také realizací tzv. „čistého“ (substance-free nebo alcohol-free) bydlení v kampusech. Absolutně znemožnit dostupnost drog není prakticky možné, ale tento způsob bydlení vede ke snižování problémů, spojených s konzumací drog (Wechsler et al., 2001; Novotný, Kolibáš, 2003).

V USA byly porovnávány 3 přístupy k protialkoholní výchově: program zaměřený na poznání rizik, program soustředěný na správné rozhodnutí a program cílený na objasnění životních hodnot. Nejlépe byl přijímán a nejvíce zvyšoval znalosti program zaměřený na poznání rizik, jako nejméně efektivní se jevily strategie cílené na hodnotový žebříček, což se potvrdilo též při hodnocení dopadu na současnou a očekávanou spotřebu alkoholu u respondentů (Goodstadt, Sheppard, 1983).

Program počítající se zapojením amerických vysokých škol do prevence problémů působených alkoholem zkoumal účinnost kampaně uskutečněné pomocí reklamní pošty. Sledovala se ochota studentů podílet se, získat znalosti, snížit konzumaci alkoholu a výskyt řízení v opilosti. Průzkum ukázal, že 93 % osloveného vzorku poštu četla, jejich znalosti se zlepšily, avšak jejich chování se nezměnilo (McCarty et al., 1983).

Ústav preventivního lékařství Jihokaliifornské univerzity zmiňuje 6 bodů důležitých v oblasti výzkumu a protidrogové prevence. Jde o: společné snížení nabídky a poptávky, volbu strategií prevence, které zasáhnou populační skupiny s vysokým rizikem, komplexní nebo rozšířenou prevenci, která v několika liniích a obdobích osloví cílovou populaci, přenos nových technologií, rozvoj výzkumu preventivních metod a využití styčných ploch základního výzkumu se sociálními vědními disciplínami (Pentz, 1994).

Univerzitní studenti, zvláště ti, jež intenzivně pijí alkohol, mají sklon nadhodnocovat frekvenci výskytu konzumace nadměrného množství alkoholu mezi svými vrstevníky. Autoregulační model předpovídá, že zpětná vazba informující o skutečném výskytu nežádoucí odchylky od normativního standardu může být důvodem korekce chování žádoucím směrem, tj. k akceptovaným normám. Model byl využit ve studii 568 amerických vysokoškolských studentů University of New Mexico, Albuquerque., z nichž 64 byli identifikováni jako silní pijáci a byla jim nabídnuta příležitost podílet se na studii o alkoholismu. Zhruba třetina studentů (26) účast přijala a poskytla detailní informace o jejich konzumních zvyklostech. Část z nich obdržela poštou zpětnou vazbu, zaměřenou na porovnání jejich pití alkoholu s obecnými společenskými normami. V následném dotazování subjekty ovlivněné zpětnou vazbou vykazovaly redukci týdenní konzumace alkoholu a typických znaků intoxikace oproti kontrolám. Tato jednoduchá intervence se zpětnou vazbou, nevyžadující osobní kontakt, může představovat účinnou strategii pro snížení rizikového pití (Agostinelli et al., 1995).

V Anglii využili preventivní program proti nadměrné konzumaci alkoholu. Obecní organizace otevřely experimentální pohostinství v univerzitní koleji, které bylo vedeno studenty vyšších ročníků-absolventy kursu protialkoholní výchovy (Mills, 1983). Cílem programu byla modifikace průměrné spotřeby alkoholu na hlavu. Vstupní data a prospektivní studie sledovaly úroveň spotřeby alkoholu, frekvenci problémů a postoje související s pitím. Účast na akcích spojených s projektem byla vysoká. U studentů vzrostla spotřeba nealkoholických nápojů, změnily se jejich postoje k nadměrnému pití, ke vztahům alkoholu a řízení auta, na pojetí koležní zábavy. Výsledky však ukázaly, že spotřeba piva, vína ani tvrdého alkoholu výrazněji nepoklesla, podobně nebyla ovlivněna frekvence výskytu problémů s nadměrným konzumem alkoholu souvisejících (kocovina, řízení v opilosti, výtržnost, nepořádek).

Studovaný vzorek nepředstavuje soubor všech prezenčních studentů Masarykovy univerzity. I když byli teoreticky všichni posluchači osloveni pomocí vývěsky v informačním systému, nebyli nijak nuceni dotazník vyplnit, šlo o jejich čistě dobrovolné rozhodnutí, nikoli povinnost. Z toho důvodu jsou četnosti respondentů u některých fakult (informatiky, sportovních studií) a ročníků (šestého) nízké. Rovněž to souvisí s faktem, že již přirozeně se liší počty studentů na jednotlivých fakultách MU a studium je prakticky pětileté (nepočítáme-li doktorandy a lékařskou fakultu). Tato fakta byla sice zohledněna při statistické analýze, avšak při manipulaci s výsledky a při jejich interpretaci je třeba určité opatrnosti. Poněvadž jde o jednu z prvních studií zaměřenou na prevenci na MU, bude třeba časového odstupu ke komparaci výsledků s dalším dotazováním, bude též nutné „odladit“ použitý dotazník a metodiku sběru dat. Prakticky se autoři projektu pohybovali mezi dvěma fenomény: plná anonymita, ale relativně nízká výtežnost odpovědí (přístup k webovému formuláři bez přihlašování) versus jednoznačná identifikace s následnou anonymizací a vysoká výtežnost odpovědí (přístup k dotazníku po přihlášení k univerzitnímu informačnímu systému). Pokud byly u některých otázek zaznamenány nulové četnosti odpovědí, ještě to nemusí znamenat, že výskyt sledovaného jevu je v celém souboru prezenčních studentů MU nulový. Nulový je pouze v jejich vybraném segmentu, k prezentaci výsledků je proto třeba přistupovat kriticky a obezřetně.

U vysokoškolských studentů se jako klíčové jeví pozitivní ovlivnění jejich postojů a modelů chování, poněvadž byl zaznamenán rozpor mezi jejich (většinou kvalitními) znalostmi a schvalováním rizikových aktivit, směřujícím ke drogovým experimentům.

Závěr

Z výsledků studie vyplynulo, že 2 z 10 dotazovaných studentů se setkali na MU s prevencí závislostí, a to nejvíce na fakultě pedagogické, informatiky, lékařské, přírodovědecké. Obdobně se pouze 2 z 10 oslovených respondentů setkali s prevencí na MU v rámci výuky, jen několik málo procent pak ještě na kolejích, různých vzdělávacích a zájmových akcích pořádaných Univerzitou. Desetina vyšetřovaného souboru byla prevencí závislostí na MU oslovena ve výuce povinných a volitelných předmětů, 2 % v povinně volitelných předmětech; nejčastěji šlo o studenty fakulty pedagogické, přírodovědecké, informatiky a lékařské.

K preventivnímu působení na studenty MU jsou využívány zejména monologicky vedené přednášky, řídké přednášky s diskusí a zapojení do mimouniverzitních preventivních programů, velmi málo besedy s odborníky, návštěvy v léčebných zařízeních pro závislé a účast na uměleckých a sportovních akcích. Více než tři čtvrtiny souboru odpověděly, že se univerzitní preventivní aktivity týkaly především problematiky alkoholismu a tabakismu, pouze 10 % vzorku získalo zkušenost s komplexně pojatou prevencí patologických závislostí. Prakticky 9 z 10 dotazovaných studentů míní, že jde spíše o preventivní aktivity ojedinělého charakteru, schází jejich návaznost a systematickosti.

Více než polovina sledovaného souboru považuje univerzitní prevenci závislostí za cílenou a užitečnou, třetina nedovede zaujmout stanovisko, desetina se vyslovuje úrovní prevence kriticky (nejasné zaměření, neužitečnost, dokonce ztráta času). Podle názoru 9 z 10 odpovídajících je věnován primární prevenci závislostí na Univerzitě nedostatek času, obdobně respondenti vypovídají o pestrosti nabídky preventivních aktivit na MU. Oslovení posluchači by nejvíce stáli o zavedení či častější využívání besed s odborníky a bývalými uživateli drog, dále o návštěvu preventivního či léčebného zařízení zaměřeného na patologické závislosti (polovina souboru), třetina dotazovaných by podpořila či posílila spolupráci na preventivním projektu (grantu), různé preventivní aktivity na vysokoškolských kolejích i mimokolejní akce (vzdělávací, umělecké, sportovní apod.), pětina využívání výkladu s diskusí v rámci výuky.

Třetina všech respondentů by souhlasila s rozšířením poradenských služeb pro studenty Masarykovy univerzity o problematiku závislostí, zbytek oslovených nepovažuje toto téma za aktuální. Centrum protidrogového poradenství na MU by třetina sledovaného souboru ztotožnila s objektem stávajícího Poradenského centra Univerzity, sedmina by poradenství raději umístila v objektu některé z vysokoškolských kolejí MU, čtvrtina by uvítala začlenění centra do objektu některé z fakult Univerzity a třetina souboru zcela externě mimo dosah Univerzity.

NÁVYKOVÉ LÁTKY, JEJICH KONZUMACE POSTOJE A NÁZORY STUDETŮ MASARYKOVY UNIVERZITY

HABIT-FORMING SUBSTANCES ITS CONSUPTION, ATTITUDES AND OPINIONS OF MASARYK UNIVERSITY STUDENTS

Petr Kachlík, Marie Havelková

Úvod

Těžiště primární prevence patologických závislostí u dětí a dospívajících spočívá kromě rodiny na bedrech základní a střední školy. Mladí dospělí, k nimž patří i vysokoškolští studenti, jsou pokládáni za dostatečně zralé osobnosti, aby dokázali účinně odolávat nabídce různých návykových látek a návykovému chování, a nestali se tak obětmi patologických závislostí. Z epidemiologického hlediska proto nepředstavují významnou rizikovou populační skupinu. Podle řady výzkumů je však třeba věnovat jim větší pozornost, neboť po absolutoriu ve svých profesích působí na mládež, pacienty, klienty, jednájí s veřejností a sdělovacími prostředky, představují pro veřejnost autority, odborníky s modelovým způsobem chování. Jejich osobnostní image se stává součástí představy společnosti o úrovni zdravotnictví, školství, vědy, právního systému, podnikání. Důležitý je individuální příklad každého odborníka-vysokoškoláka, poněvadž se tak zviditelňují jeho vlastní kvality i nedostatky (Dubský, 1994; Dvořák, 1995; Nešpor, Csémy, 1996; Pavúk, Koščo, 1997).

K zátěžovým momentům studia na vysoké škole náleží problémy s adaptací na jiný životní stereotyp, jenž klade vysoké nároky na samostatnost, zodpovědnost, účelné plánování a využívání času, schopnost koncentrace i relaxace mladého člověka (1996 Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies, 1997; Kandell, 1997; Novotný, Kolibáš, 1997).

Po absolutoriu si mladí odborníci hledají práci a stále více jejich potenciálních zaměstnavatelů přihlíží kromě kvality dosaženého vzdělání a osobnostních charakteristik i k možným problémům uchazeče s návykovými látkami, a to včetně alkoholu a tabáku (The NNICC Report 1996. The Supply of Illicit Drugs to the United States, 1997; Lenton et al., 1997; Rouse, 1996).

Na Masarykově univerzitě proběhla po několika pilotních šetřeních (1993–

1997, LF MU, srov. Kachlík, Šimůnek, 1995 a 1998; Hrubá, Kachlík, 1998) reprezentativní epidemiologická studie, zaměřená na deskripci drogové scény mezi vysokoškolskými studenty. V České republice se této populační skupině věnovala menší pozornost než dětem a mladistvým, proto lze tvrdit, že MU sehrála průkopnickou roli (Csémy et al., 2004).

V období 2005–2007 byl uskutečněn tříletý projekt s názvem „Deskripce drogové scény na MU a návrh preventivních opatření“. První rok byla realizována sonda do drogové scény na 2 fakultách MU (pedagogické a lékařské) k ověření metodiky studie (Kachlík, Havelková, 2007), druhý rok výzkum na reprezentativním vzorku téměř 10000 respondentů, závěrečný rok byl věnován mapování preventivních aktivit na Univerzitě. Vybraná data z popisu drogové scény na MU jsou prezentována v tomto sdělení.

Materiál a metodika

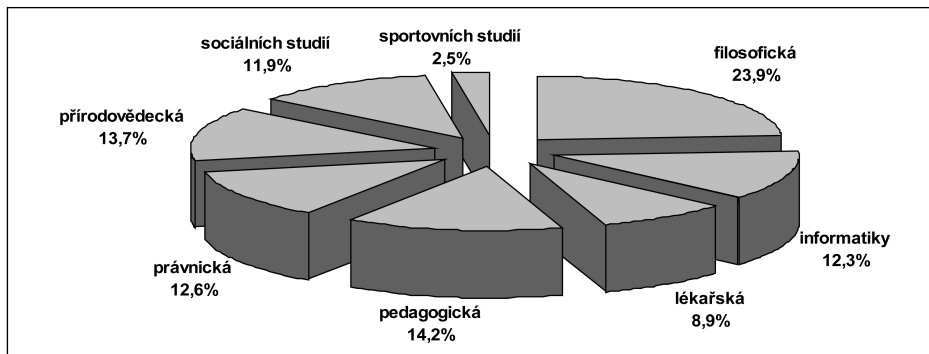
Předmětem dotazování se stali posluchači všech fakult Masarykovy univerzity. Celkem byla prostřednictvím elektronického formuláře sebrána data od 9993 respondentů (podrobnější charakteristika viz grafy 1–2).

Získávání informací proběhlo anonymně dotazníkovou metodou. Dotazník obsahoval základní identifikátory (věk respondenta při posledních narozeninách, pohlaví, studovanou fakultu a ročník) a 21 otázek, z toho 18 s uzavřenou, 1 s polouzavřenou a 2 s otevřenou volbou odpovědí. Otázky byly zaměřeny na vlastní celoživotní zkušenosti studentů s alkoholem, tabákem, černou kávou a jinými látkami, jejich užití v posledních 6 měsících a 30 dnech, postoje ke drogám, základní socioekonomické ukazatele. Byly zachovány položky z obdobných šetření, prováděných v rámci EU (např. ESPAD – European School Survey on Alcohol and Other Drugs; Kolektiv, 1998), aby byla data vzájemně srovnatelná, i když jde o jinou (starší) věkovou kategorii. K formuláři byl připojen krátký motivační a vysvětlující text s kontakty na tazatele. Při sběru dat bylo využito Informačního systému MU, v němž byl umístěn webový formulář. Zjednodušila se tak administrace dotazníku, poněvadž každý posluchač prezenční formy studia obdržel ve své elektronické agendě na internetových stránkách <http://www.is.muni.cz> odkaz, vedoucí k formuláři. Respondenti nemuseli zodpovídat všechny předkládané položky, mohli se sami rozhodnout, zda a jak dotazník vyplní.

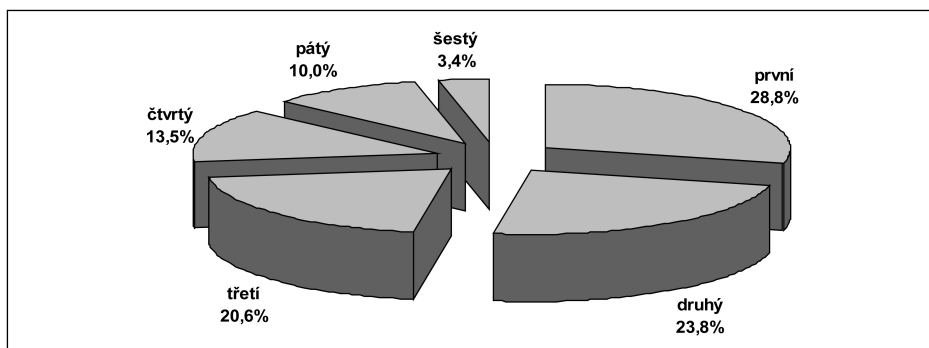
Údaje byly elektronicky zaznamenány, anonymizovány (odtrženy všechny položky z IS MU, které by mohly jednoznačně identifikovat odpovídajícího), převedeny z formátu xml do dbf a následně statisticky vyhodnoceny (programy *EpiInfo 6 En* – Dean et al., 1994, *Statistica for Windows 7 cz* – StatSoft Inc., 2004) za dodržení zásad etiky vědecké práce a manipulace s osobními údaji. Pomocí statistických testů (chí-kvadrát, Fisher exact, ANOVA, Kruskal-Wallis) byly zhodnoceny statistické významnosti rozdílů mezi znaky při dělení souboru na skupiny.

¹⁾ Z důvodu ochrany dat dětí cílové skupiny nemůžeme jméno instituce uvést. Přesná identifikační data archivujeme.

Základní identifikátory vyšetřovaného souboru



Graf. 1: Přehled zastoupení jednotlivých fakult MU v celém souboru (v %)
Celkem 9993 respondenti, tj. 100 %.

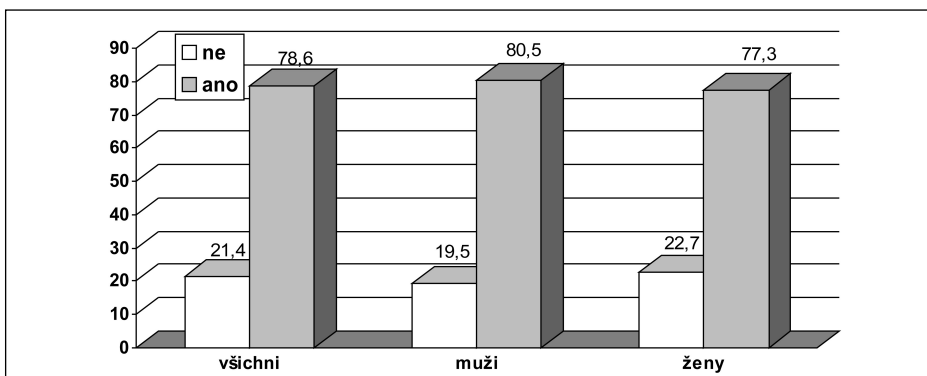


Graf. 2: Přehled zastoupení ročníků studia v celém souboru (v %)
Celkem 9993 respondenti, tj. 100 %.

V celém souboru činilo zastoupení 4039 mužů (40,4 %) a 5954 ženy (59,6 %).

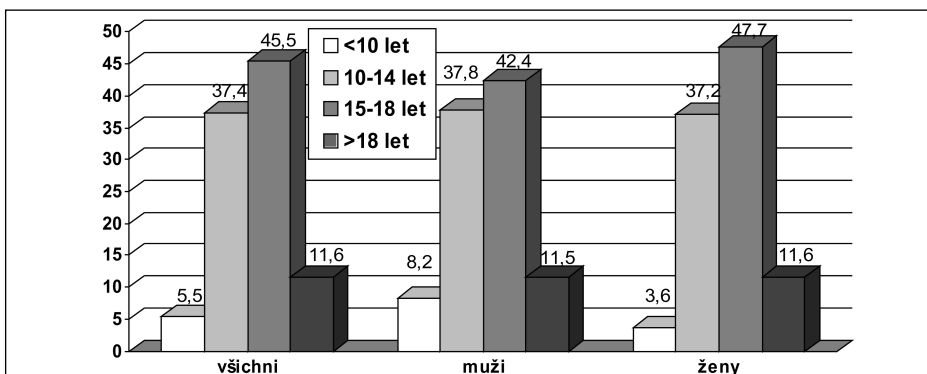
Výsledky mapování drogové scény na MU v r. 2006

Výsledky studie jsou prezentovány grafickou formou a textovým komentářem. Nadpis grafu či tabulky je současně označením sledovaného znaku.



Graf 3: Kouření tabáku během života (v %; všichni=9953, muži=4025, ženy=5928)

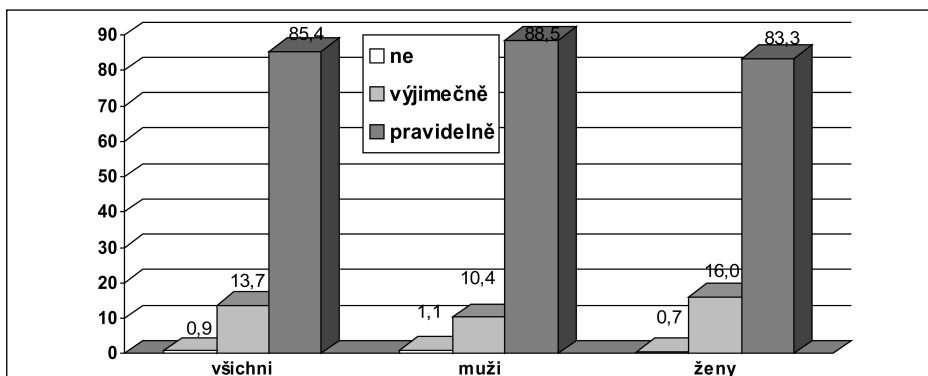
Minimálně jednu celoživotní zkušenost s kouřením tabáku přiznaly více než tři čtvrtiny dotazovaných s mírnou převahou mužů, avšak bez statistické signifikance rozdílu mezi pohlavími.



Graf 4: Věk první konzumace tabáku (v %; všichni=7861, muži=3280, ženy=4581; vztaženo jen k těm, kteří někdy v životě kouřili tabák)

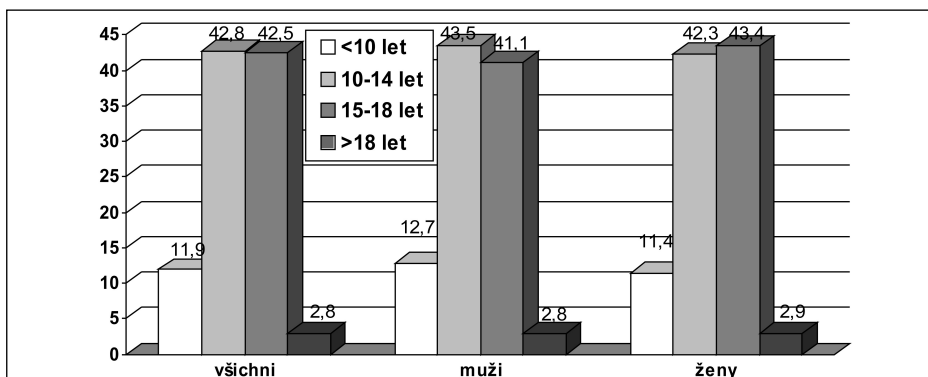
Nejvíce kuřáckých pokusů se uskutečnilo mezi 15.–18. (více než 40 %) a 10.–14. rokem věku (37 %) dotazovaných. Po 18. roce věku se jednalo o desetinu respondentů. V dětském věku do 10 let experimentovalo s kouřením tabáku asi 5 % oslovených, mužů dvakrát více než žen.

Při analýze období poslední konzumace tabáku (jen u těch, kteří jej někdy v životě kouřili) asi pětina respondentů kouřila v době dotazování, 17 % v posledním týdnu, 12 % v posledním měsíci, 15 % v posledním půlroce, ve třetina případů se jednalo o bývalé kuřáky.



Graf 5: Pití alkoholických nápojů během života
(v %; všichni=9951, muži=4025, ženy=5926)

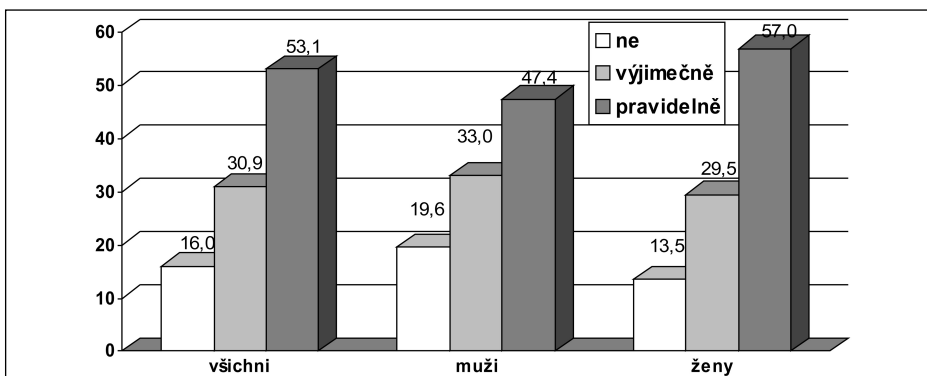
Pití alkoholu v životě vyzkoušelo prakticky 99 % dotazovaných. K jeho výjimečné konzumaci (Silvestr, rodinné oslavy) se přiznalo 14 % souboru (žen více, $p<0,001$, χ^2), k víceméně pravidelné konzumaci více než 80 % souboru (mužů více, $p<0,001$, χ^2).



Graf 6: Věk prvního pití alkoholického nápoje
(v %; všichni=9860, muži=3974, ženy=5886; vztaženo jen k těm, kteří někdy v životě pili alkohol)

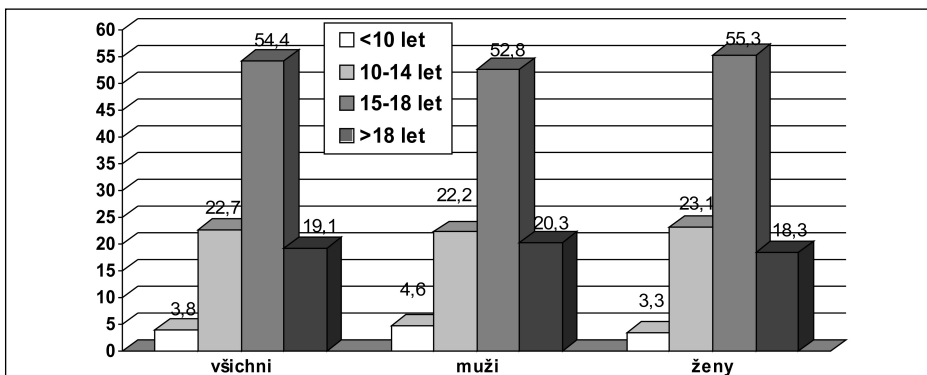
Maxima prvního kontaktu s alkoholem byla pozorována mezi 10.–14. a mezi 15.–18. rokem věku, a to bez významných rozdílů mezi pohlavími. Více než desetina souboru okusila alkoholický nápoj ještě před 10. rokem věku, přibližně 3 % po 18. roce věku.

U desetiny souboru došlo k poslední konzumaci alkoholického nápoje v době dotazování (reagovalo dvakrát více mužů než žen), 60 % přiznalo pití alkoholu v posledním týdnu, pětina v posledním měsíci (15 %, 24 % žen), 5 % v posledním půlroce a 2 % ještě dříve.



Graf 7: Pití černé kávy během života (v %; všichni=9948, muži=4024, ženy=5924)

Černou kávu někdy okusilo 84 % oslovených, z toho třetina výjimečně (převažovali muži, $p < 0,001$, χ^2) a více než polovina víceméně pravidelně (více ženy, $p < 0,001$, χ^2).



Graf 8: Věk prvního pití černé kávy (v %; všichni=8398, muži=3234, ženy=5131; vztaženo jen k těm, kteří někdy v životě pili kávu)

Polovina souboru poprvé okusila černou kávu mezi 15.–18. rokem, pětina mezi 10.–14. rokem a v brzké dospělosti. Kolem 4 % dotazovaných přiznalo pití černé kávy v době, kdy jim bylo méně než 10 let.

Více než čtvrtina oslovených pila černou kávu v době dotazování či v posledním týdnu před studií, pětina v posledním měsíci, 15 % v posledním půlroce, stejně tolik respondentů již dříve.

Užití kokainu během života

S kokainem přišlo během života do kontaktu 2,6 % souboru, muži více (3,5 %, $p < 0,001$, χ^2) než ženy (2,0 %). V posledním půlroce užilo kokain 0,8 % dotazovaných bez významného rozdílu mezi pohlavími, v posledním měsíci 0,2 %, opět bez rozdílu mezi pohlavími. Nejčastěji byl kokain užit po 18. roce věku, dále mezi 15.–18. rokem.

Ojediněle (u mužů) byl zaznamenán experiment ve věku pod 10 let. Prakticky v 70 % šlo o max. 3 opakované pokusy, ve 20 % byl kokain užit 4–10krát, v desetině případů pak více než desetkrát, vše bez výrazných rozdílů mezi pohlavími.

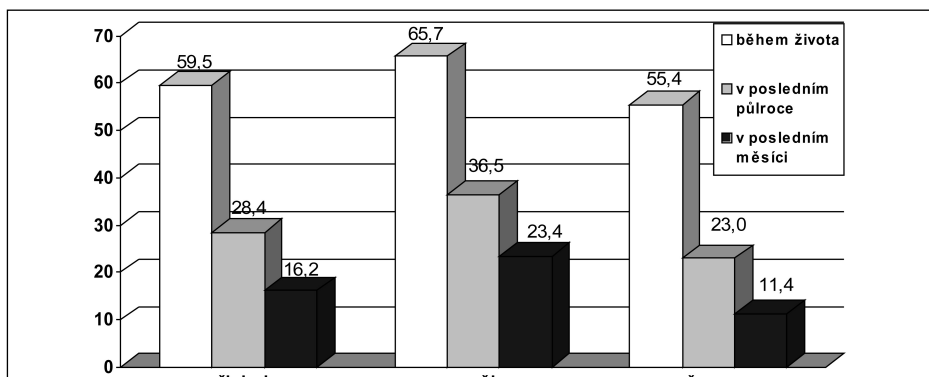
S crackem měla někdy v životě zkušenost 0,3 % dotazovaných, během posledního půlroku jej užíly pouze 4 osoby z celého souboru (0,04 %), během posledního měsíce 3 osoby (0,03 %). Obdobně jako u kokainu bylo maximum experimentů s crackem zaznamenáno mezi 15.–18. rokem a v časně dospělosti. Ojediněle se vyskytly případy prvního užití ve věku pod 10 let. 40 % uživatelů, kteří zkusili crack, s ním experimentovalo max. třikrát, pětina 4–10krát, dalších 40 % více než desetkrát.

Užití marihuany

Marihuanu alespoň jedenkrát v životě okusilo 60 % oslovených, 66 % mužů a 55 % žen ($p<0,001$, χ^2). V posledním půlroce marihuanu užílo 28 % z celého souboru, 36 % mužů a 23 % žen ($p<0,001$, χ^2).

V posledním měsíci marihuanu užílo 16 % z celého souboru, 23 % mužů a 11 % žen ($p<0,001$, χ^2). Maxima dosáhlo první užití marihuany ve věkové kategorii 15–18 let (více než 60 % v celém souboru i u obou pohlaví), následovala časná dospělost (čtvrtina). Asi desetina marihuanu okusila mezi 10.–14. rokem, jednotlivci (3, vše muži) dokonce před 10. rokem věku. Více než desetkrát marihuanu užívalo 45 %, 54 % mužů a 38 % žen ($p<0,001$, χ^2). V kategorii 4–10krát šlo přibližně o čtvrtinu, 1–3x o 29 % 22 % mužů a 34 % žen ($p<0,001$, χ^2).

Hašiš nebo hašišový olej během svého života alespoň jednou užíla čtvrtina respondentů, 31 % mužů a 19 % žen ($p<0,001$, χ^2). V posledním půlroce je konzumovalo 8 %, 11 % mužů a 5 % žen ($p<0,001$, χ^2), v posledním měsíci 4% (6 % mužů a 2 % žen, $p<0,001$, χ^2). Nejvyšší četnost první zkušenosti s hašišem či hašišovým olejem se vyskytla mezi 15.–18. rokem věku (60 %) a v rané dospělosti (35 %). V případě jejich užívání šlo nejčastěji o 1–3 experimenty (43 %, 37 % mužů, 50 % žen, $p<0,001$, χ^2), čtvrtina konzumentů je brala 4–10x, třetina více než desetkrát v životě (39 % mužů, 24 % žen, $p<0,001$, χ^2).

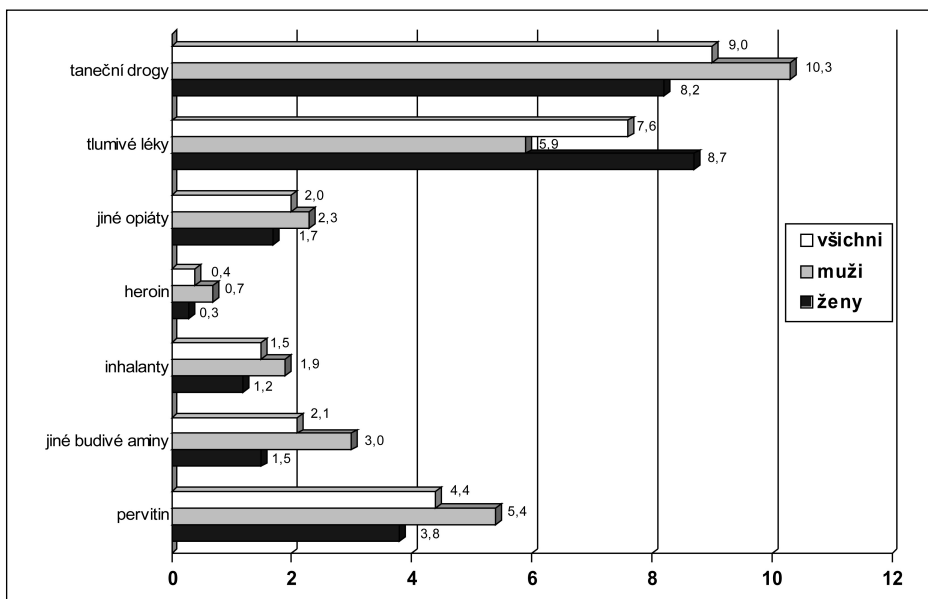


Graf 9: Užití marihuany (v %; všichni=9993, muži=4039, ženy=5954; znázorněny pouze kladné odpovědi)

Užití halucinogenů

Halucinogeny byly alespoň jednou v životě užity 7,1 % souboru, u mužů se vyskytla dvakrát četnější zkušenost (10,4 %) oproti ženám (4,8 %), $p < 0,001$, x^2 . V posledním půlroce před dotazováním přiznalo užití halucinogenů 1,5 % respondentů, 2,8 % mužů a 0,7 % žen ($p < 0,001$, x^2). V posledním měsíci se konzumace halucinogenů vyskytla u 0,5 % všech oslovených, 0,9 % mužů a 0,2 % žen ($p < 0,001$, x^2). První kontakty s halucinogeny nejčastěji spadaly do věkového intervalu 15–18 let (57 % všech dotazovaných, 50 % mužů, 66 % žen) a do období rané dospělosti (41 % celého souboru, 47 % mužů, 32 % žen). Ojedinele se vyskytlo užití halucinogenů ještě v době návštěvy základní školy. Experimenty s halucinogeny (užití 1–3x) zmínilo 58 % souboru (55 % mužů, 63 % žen, $p < 0,05$, x^2), 4–10 pokusů se vyskytlo u 27 % oslovených (bez podstatných rozdílů mezi pohlavími), více než 10 užití u 15 % respondentů (18 % mužů, 11 % žen, $p < 0,05$, x^2).

Halucinogenní houby (zvl. lysohlávky) během života vyzkoušelo 13 % všech dotazovaných, 17 % mužů a 10 % žen ($p < 0,001$, x^2). V posledních 6 měsících před studií je užila 2 % souboru, 4 % mužů a 1 % žen ($p < 0,001$, x^2), v posledních 30 dnech šlo o 0,8 % souboru (1,6 % mužů, 0,2 % žen, $p < 0,001$, x^2). Věkové období prvního užití halucinogenních hub kopíruje období prvního užití halucinogenních látek obecně. Nejčastěji byly halucinogenní houby požitý 1–3krát (62 % všech, kteří je někdy konzumovali, 54 % mužů, 73 % žen, $p < 0,001$, x^2), následovaly intervaly 4–10krát (26 % všech konzumentů, 30 % mužů, 21 % žen, $p < 0,001$, x^2) a více než desetkrát (11 % všech konzumentů, 16 % mužů, 6 % žen, $p < 0,001$, x^2).



Graf 10: Užití dalších drog během života (v %; prezentovány pouze kladné odpovědi)

S pervitinem mělo alespoň jednu celoživotní zkušenost okolo 4 % dotazovaných (5,4 % mužů, 3,8 % žen, $p < 0,001$, χ^2). V posledním půlroce před studií byl užit 1 %, v posledním měsíci 0,5 % respondentů. První kontakty s pervitinem spadaly nejčastěji do věkových období 15–18 let a do časné dospělosti, u jednotlivců byly zaznamenány experimenty i v mladším věku, zvláště u mužů. Mezi uživateli pervitinu se jednalo u poloviny z nich o experiment (1–3krát), u pětiny byl užit 4–10krát, u třetiny častěji než desetkrát bez statisticky výrazných rozdílů mezi pohlavími.

Jiné budivé aminy kromě pervitinu užilo během svého života kolem 2 % souboru (3 % mužů, 1,5 % žen, $p < 0,001$, χ^2). V posledním půlroce byly budivé aminy užity 0,5 % souboru, v posledním měsíci 0,2 % (zde byl nalezen rozdíl mezi pohlavími, $p < 0,05$, χ^2). První experimenty s látkami charakteru budivých aminů spadaly obdobně jako u pervitinu do věkové kategorie 15–18 let a do časné dospělosti. U 56 % dotazovaných byly budivé aminy užity 1–3krát, čtvrtinou souboru 4–10krát a pětinou častěji než desetkrát. Rozdíly mezi pohlavím nebyly statisticky významné.

Těkové organické látky k záměrné inhalaci byly během života užity 1,5 % celého souboru (1,9 % mužů, 1,2 % žen, $p < 0,01$, χ^2). Během posledního půlroku před dotazováním přiznalo jejich vdechování 0,2 % souboru (0,3 mužů, 0,2 % žen, $p < 0,05$, χ^2), během posledního měsíce 0,1 % souboru bez rozdílu mezi pohlavími. Polovina uživatelů těkové látky zkusila ve věku 15–18 let, třetina (poněkud více muži) po 18. roce věku, sedmina v období 10–14 let (poněkud více ženy). Několik mužů (4) uvedlo první čichání těkavých organických látek ve věku mladším než 10 let. Mezi čicháči se vyskytly dvě třetiny osob, které pouze experimentovaly (1–3krát), pětina těch, kteří těkové látky vdechovali 4–10krát a 15 % častěji než desetkrát v životě.

Heroin byl alespoň jednou v životě užit 0,4 % souboru (0,7 % mužů, 0,3 % žen, $p < 0,01$, χ^2). Během posledních 6 měsíců jej bralo 0,06 % souboru, téměř výlučně šlo o muže ($p < 0,05$, Fisher exact). V posledních 30 dnech přiznalo konzumaci heroinu 5 osob (0,05 %), všechno muži ($p < 0,05$, Fisher exact). První kontakty s heroinem nejvíce spadají do období 15–18 let (40 % soubor, 23 % mužů, 69 % žen, $p < 0,01$, χ^2), dále do časné dospělosti (52 % souboru, 65 % mužů, 31 % žen, $p < 0,05$, χ^2). U mužů byly zaznamenány pokusy s heroinem ve věku pod 10 let. Ve frekvenci celoživotního užití heroinu nebyly nalezeny významné rozdíly mezi pohlavími. 60 % souboru vyzkoušelo heroin 1–3krát, pětina 4–10krát a pětina více než desetkrát.

Jiné opiáty mimo heroinu byly alespoň jednou během života užity 2 % dotazovaných (2,3 % mužů, 1,7 % žen, $p < 0,05$, χ^2). Užití jiných opiátů v posledních 6 měsících přiznaly 0,3 % souboru, v posledních 30 dnech 0,14 % bez podstatných rozdílů mezi pohlavími. Mezi uživateli jiných opiátů bylo více než 60 % (58 % mužů, 68 % žen, bez signifikance) těch, kteří je poprvé zkusili mezi 15.–18. rokem věku, třetina (37 % mužů, 22 % žen, $p < 0,05$, χ^2) v období rané dospělosti, cca 6 % (1 % mužů, 10 % žen, $p < 0,05$, χ^2) mezi 10.–14. rokem věku a 2 % v méně než 10 letech (pouze muži, $p < 0,05$, Fisher exact). Mezi uživateli jiných opiátů šlo ponejvíce o experimenty (1–3krát, 54 % celý soubor, 60 % muži, 50 % ženy, bez signifikace). Třetina souboru je užila 4–10krát, 14 % více než desetkrát, bez významných rozdílů mezi pohlavími.

Léky s tlumivým účinkem (k navození spánku, uklidnění, potlačení bolesti, strachu) bez lékařského předpisu či odborného doporučení během svého života alespoň jednou užilo 8 % respondentů (6 % mužů, 9 % žen, $p < 0,001$, χ^2). V posledním půlroce před

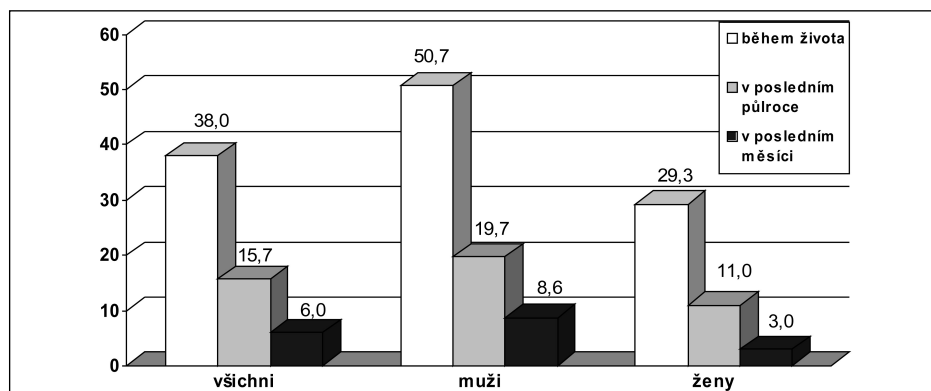
studii byly tyto prostředky užity 2,6 % souboru (1,9 % mužů a 3,1 % žen, $p<0,001$, χ^2), v posledním měsíci 0,9 % souboru (0,6 % mužů, 1,1 % žen, $p<0,05$, χ^2). Přibližně polovina uživatelů si tlumivé léky o své vůli poprvé vzala v době časné dospělosti, 40 % mezi 15.–18. rokem, 7 % ve věku 10–14 let, 1 % ve věku pod 10 let. Tlumivé prostředky byly užity 1–3krát 44 % respondentů (bez významných rozdílů mezi pohlavími), 4–10krát 35 % souboru (29 % mužů, 37 % žen, $p<0,05$, χ^2), více než desetkrát 22 % konzumentů (25 % mužů, 20 % žen, bez signifikance).

Diskotékové (taneční, designer) drogy, zvl. extázi, alespoň jednou během svého života užilo 9 % dotazovaných (10 % mužů, 8 % žen, $p<0,001$, χ^2). V posledních 6 měsících byly taneční drogy konzumovány 2,1 % souboru (2,5 % mužů, 1,9 % žen, bez signifikance), v posledních 30 dnech 0,7 % souboru (1 % mužů, 0,5 % žen, $p<0,01$, χ^2). Věk první zkušenosti s diskotékovými drogami byl u jedné poloviny jejich uživatelů vyšší než 18 let, u druhé se pohyboval mezi 15–18 lety, bez významných rozdílů mezi pohlavími. Ojediněle byly zmíněny případy první konzumace v období 10–14 let, u 1 muže dokonce do 10 let věku. U 59 % souboru byly diskotékové drogy užity pokusně 1–3krát, u čtvrtiny 4–10krát, u méně než pětiny častěji než desetkrát.

Hraní na automatech

Na automatech (hracích i výherních) alespoň jednou během života hrálo 38 % dotazovaných (51 % mužů a 29 % žen, $p<0,001$, χ^2). V posledním půlroce před dotazováním bylo hraní na automatech zaznamenáno u 16 % souboru (20 % mužů, 11 % žen, $p<0,001$, χ^2).

V posledním měsíci před dotazováním přiznalo hru na automatech 6 % souboru (9 % mužů, 3 % žen, $p<0,001$, χ^2). Nejvíce hráčů (36 %, 38 % mužů, 33 % žen, $p<0,01$, χ^2 .) se poprvé setkalo s automatem ve věku 15–18 let, třetina (28 % mužů, 34 % žen, $p<0,001$, χ^2) po svém 18. roce, čtvrtina ve věku 10–14 let, desetina v méně než 10 letech věku (obojí bez signifikance mezi pohlavími). Jedno až tři setkání s gamblingem přiznalo 66 % osob, které někde hrály na automatech (55 % mužů, 80 % žen, $p<0,001$, χ^2), 4–10krát hrálo 22 % (28 % mužů, 17 % žen, $p<0,001$, χ^2), více než desetkrát 11 % (17 % mužů, 4 % žen, $p<0,001$, χ^2).



Graf 11: Hraní na automatech (v %; všichni=9933, muži=4010, ženy=5923; znázorněny pouze kladné odpovědi, někdy v životě již hrálo 4018 osob v celém souboru, z toho 2150 mužů a 1868 žen)

Osoba, která respondenta motivovala k užití drog (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis)

Nejčastěji motivovali respondenty k užití drog jejich přátelé (51 % odpovědí v celém souboru, 58 % odpovědí mužů, 47 % žen), následoval vliv partnera (partnerky) – 6 % ze všech odpovědí, 2 % u mužů, 8 % u žen. Náhodní známí se podíleli na motivaci k užití drog v 5 % u celého souboru, v 6 % u mužů a v 5 % u žen. Relativní četnost vlivu dalších osob nepřesáhla 3 % (jiná osoba – 2,7 %, sourozenci – 2,1 %, rodiče 1,7 %, lékař či farmaceut – 1,1 %, drogový překupník – 0,3 %).

Setkání s drogovými překupníky

V případě setkání studentů s drogovými překupníky nikdo neuvedl, že by šlo o pouličního dealera. V případě 12 % respondentů (16 % mužů, 9 % žen) je oslovil překupník – vysokoškolák, u 4 % souboru (6 % mužů, 3 % žen) to byla osoba, která studovala na některé fakultě Masarykovy univerzity, u 2 % souboru (4 % mužů, 1 % žen) pak student fakulty, z níž pocházel dotazovaný.

Setkání se zfalšovanou či „nastavovanou“ drogou

Jedno či dvě setkání se zfalšovanou či ředěnou drogou přiznalo 9 % oslovených, 12 % mužů a 8 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Tři a více setkání s „nekvalitními“ drogami byla zaznamenána u 3 % souboru (5 % mužů a 2 % žen, $p < 0,001$, χ^2).

Dostupnost vybraných drog

Za velmi snadno obstaratelnou označili dotazovaní marihuanu (58 %), za relativně velmi snadnou obstaratelné pak taneční drogy (10 %) a halucinogeny (9 %). Další látky byly k sehnání již hůře (pervitin a další budivé aminy – 4 %, opiáty mimo heroinu – 3 %, kokain a crack – 2 %, heroin – 1 %). Obdobné názory byly zaznamenány též při třídění dle pohlaví s poněkud nižšími relativními četnostmi odpovědí u žen.

Skupina	Všichni (n=9993)		Muži (n=4039)		Ženy (n=5954)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Uznání ostatních	4359	43,5	1312	32,5	3047	51,2
Zvědavost	2743	27,4	1195	29,6	1548	26,0
Navození příjemných pocitů	1521	15,2	748	18,5	773	13,0
Uvolnění psychického stresu	580	5,8	201	5,0	379	6,4
Spiritualita	507	5,1	310	7,7	197	3,3
Potlačení nepříjemných pocitů	328	3,3	119	2,9	209	3,5

Pochopení světa a sebe sama	296	3,0	150	3,7	146	2,5
Potlačení zdravotních obtíží	249	2,5	79	2,0	170	2,9
Zlepšení výkonnosti	181	1,8	89	2,2	92	1,5
Potřeba družnosti	170	1,7	73	1,8	97	1,6
Začlenění do skupiny	153	1,5	64	1,6	89	1,5
Vztah k sexu	131	1,3	71	1,8	60	1,0

Tab. 1: Důvody užití drog (mimo nikotinu, alkoholu, kofeinu a léků podaných lege artis; uvedeny respondenty jako nejvíce důležité s klesající četností výskytu)

Výraz „abs.“ v tabulce značí absolutní četnost, „%“ četnost relativní.

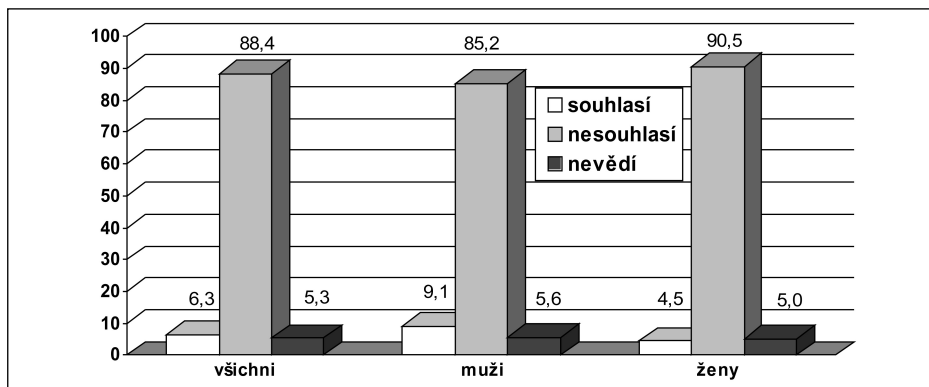
K dominantním důvodům užití drog patřilo v souboru uznání ostatních (uvedlo 44 % respondentů), zvědavost (27 %), méně navození příjemných pocitů (15 %), uvolnění psychického stresu (6 %) a spiritualita (5 %). Relativní četnost výskytu dalších důvodů nepřesáhla 5 %. U mužů zůstaly pozice uspořádání důvodů dle četnosti v podstatě stejné jako v celém souboru s důrazem na navození příjemných pocitů, u následujících možností byly zjištěny mírně vyšší preference spirituality, pochopení sebe sama a vztah k sexu. U žen kopírují první čtyři místa rozložení důvodů v celém souboru s důrazem na uznání ostatních a s mírně vyšší preferencí potlačení nepříjemných pocitů a zdravotních obtíží.

Skupina	Všichni (n=9993)		Muži (n=4039)		Ženy (n=5954)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Odpověď						
Marihuana	6517	65,2	2694	66,7	3823	64,2
Budivé aminy	814	8,1	330	8,2	484	8,1
Kokain, crack	311	3,1	125	3,1	186	3,1
Halucinogeny	1580	15,8	695	17,2	885	14,9
Diskotékové drogy	1702	17,0	700	17,3	1002	16,8
Heroin	104	1,0	49	1,2	55	0,9
Jiné opiáty	416	4,2	174	4,3	242	4,1

Tab. 2: Užívání vybraných drog v okruhu známých (pouze kladné odpovědi)

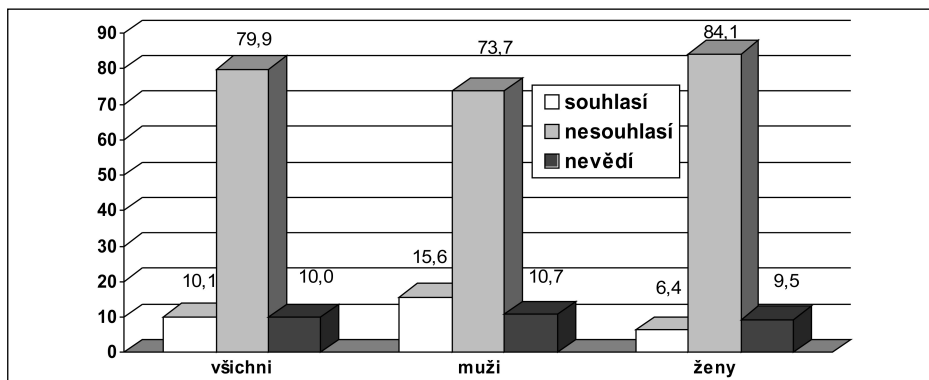
Při mapování užívání drog v okruhu známých byla respondenty na prvním místě označena marihuana (uvedlo 65 %), následovaly taneční drogy (17 %), halucinogeny (16 %) a budivé aminy (pervitin aj. – 8 %). Relativní četnost užívání dalších substancí v okruhu známých nepřesáhla 5 % (jiné opiáty mimo heroinu – 4 %, kokain a crack – 3 %, heroin – 1 %). Obdobné pořadí bylo zachováno i při třídění dle pohlaví s poněkud nižšími relativními četnostmi některých odpovědí žen.

Postoje k vybranému rizikovému chování



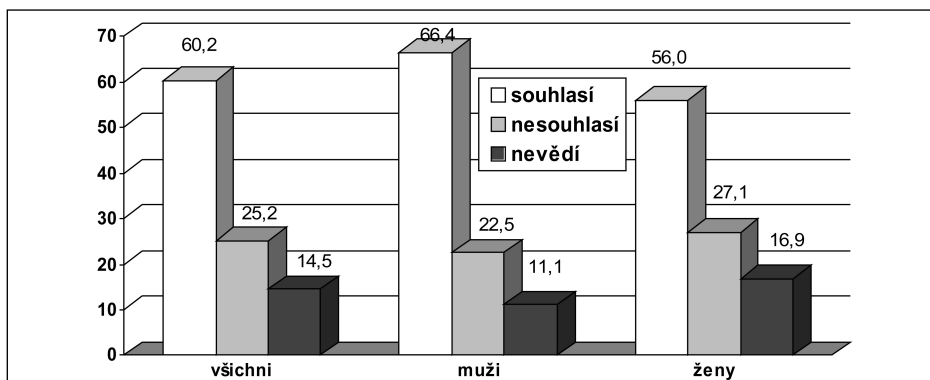
Graf 12: Postoje respondentů k pravidelnému kouření 20 a více cigaret denně (v %; všichni=9869, muži=3985, ženy=5884)

Postoje k pravidelné denní konzumaci 20 a více tabákových cigaret se liší dle pohlaví. V rámci celého souboru s kouřením souhlasí 6 % dotazovaných, při třídění dle pohlaví jde o 9 % mužů a 4,5 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Relativně málo respondentů (5 %) neumí zaujmout stanovisko, zbytek kouření odsuzuje.



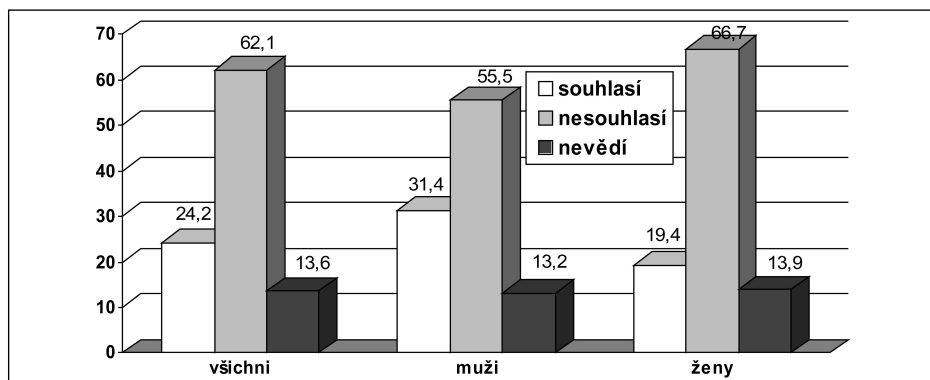
Graf 13: Postoje respondentů k pravidelnému kouření marihuany (v %; všichni=9860, muži=3979, ženy=5881)

O něco méně „tvrdé“ názory se vyskytly při hodnocení názorů na pravidelnou konzumaci marihuany. Souhlasí s ním desetina celého souboru, 16 % mužů a 6 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Oproti pohledu na tabák vzrostl počet osob, které se neumějí jednoznačně rozhodnout (z 5 % na 10 %).



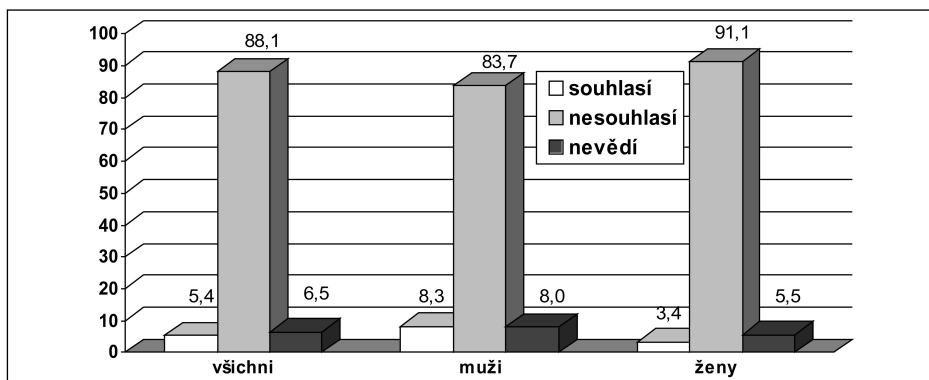
Graf 14: Postoje respondentů k experimentu s marihuanou (v %; všichni=9851, muži=3978, ženy=5873)

Situace se dramaticky mění při posuzování názorů respondentů na experimenty s marihuanou. Schvaluje je 60 % souboru (66 % mužů, 56 % žen, $p < 0,001$, χ^2), 14 % se nedovede rozhodnout (ženy více), zbytek s aktivitou nesouhlasí.



Graf 15: Postoje respondentů k experimentu s hašišem, halucinogeny, diskotékovými drogami (v %; všichni=9836, muži=3977, ženy=5859)

Oproti „těžkým“ či „tvrdým“ drogám jsou respondenti mnohem více benevolentní k pokusnému užití látek s akceptovatelným rizikem (tzv. „měkkých“ či „lehkých“ drog). Souhlasí s ním 24 % všech dotazovaných, 31 % mužů a 19 % žen ($p < 0,001$, χ^2). Přibližně 14 % vzorku neumí zaujmout jasné stanovisko, zbytek s experimenty jednoznačně nesouhlasí.



Graf 16: Postoje respondentů k experimentu s „těžkými“ drogami (v %; všichni=9844, muži=3980, ženy=5864)

Pohled oslovených studentů na experimentální užití drog s neakceptovatelným rizikem (tzv. „tvrdých“ či „těžkých“) se podobá názorům na pravidelnou konzumaci tabáku. V rámci celého souboru s ním 5 % souhlasí (8 % mužů, 3 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Poněkud více osob neumí riziko posoudit (6,5 % souboru, mužů více), zbytek experimenty odmítá.

Skupina	Všichni		Muži		Ženy	
Odpověď	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Proti legalizaci jakékoli drogy	1303	13,3	577	14,6	726	12,4
Pro legalizaci některých drog k využití lege artis	5219	53,3	1584	40,1	3635	62,2
Pro legalizaci některých drog, zvl. tzv. „lehkých“	2472	25,2	1288	32,6	1184	20,3
Pro legalizaci všech drog	173	1,8	129	3,3	44	0,8
Jiný názor	626	6,4	374	9,5	252	4,3
Celkem	9793	100,0	3952	100,0	5841	100,0

Tab. 3: Názory na legalizaci drog

Proti legalizaci jakékoli drogy se rozhodně staví 13 % souboru (15 % mužů, 12 % žen, $p < 0,01$, χ^2). Legalizaci vybraných látek k využití např. v medicíně a farmakologii by podpořilo 53 % dotazovaných (40 % mužů, 62 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Legalizaci tzv. „lehkých“ (zvláště konopných) drog by schvalovala čtvrtina respondentů (33 % mužů, 20 % žen, $p < 0,01$, χ^2), legalizaci všech drog necelá 2 % souboru (3,3 % mužů, 0,8 % žen, $p < 0,001$, χ^2). Jiné názory (ponejvíce se týkající změn v pohledu společnosti na drogy a na drogovou legislativu) zastává 6 % oslovených (9,5 % mužů, 4,3 % žen, $p < 0,001$, χ^2).

Diskuse

Kachlík a Šimůnek (1995, 1998) se věnovali sledování konzumace drog a postojů k nim u vysokoškolských studentů na MU od r. 1993. V období 1993–1997 provedli anonymní dotazníkové šetření na vzorku 456 posluchačů (177 mužů a 279 žen) 5. ročníku Lékařské fakulty MU v Brně.

Ukázalo se, že do vybrané skupiny pronikly tzv. „tvrdé“ drogy (opiáty, kokain, pervitin). Výskyt studentů, kteří již sami tvrdé drogy okusili, byl poměrně nízký, kolem 2 %, pouze u kokainu vlastní zkušenost přiznala téměř 4 % mužů ve školním roce 1993–94. Misúzus léků se týkal zejména tlumivých prostředků používaných ženami k tišení psychických i fyzických potíží.

Podstatně horší byla situace u konzumace produktů konopí. Marihuana se stala nejrozšířenější drogou v souboru, vlastní zkušenost s ní uvádělo více jak 30 % mužů a téměř 20 % žen, přibližně 6 % mužů a 1 % žen ji kouřilo opakovaně. Po konopí byly druhou nejčastěji zneužívanou skupinou mezi vysokoškoláky halucinogeny, a to většinou přírodního původu (lysohlávky). K pravidelným kuřákům tabáku patřilo průměrně 30 % mužů a 15 % žen, k nekuřákům se řadilo 20 % mužů a 50 % žen, zbytek byli občasní kuřáci a exkuřáci.

Studenti zaujímalí velmi tolerantní postoje k vyzkoušení marihuany (akceptovaly dvě třetiny, pouze 15 % jasně odmítlo). Četnost odmítajících vzrostla v případě příležitostné (20 %) a pravidelné konzumace (60 %). Třetina dotazovaných nedovedla zaujmout jasné stanovisko, postoje žen byly obecně méně rizikové. K pravidelnému kouření 20 cigaret denně byli medicí mnohem kritičtější. Polovina mužů a 65 % žen jasně odmítlo možnou legalizaci tzv. „měkkých“ drog, významnost rozdílů mezi pohledy s časem rostla.

Více než tři čtvrtiny souboru přivedli k užití drogy přátelé či náhodní známí, 45 % respondentů bralo drogy ze zvědavosti, k dalším význačným důvodům patřilo hledání požitků, úleva od psychického stresu, potlačení zdravotních obtíží (většinou u žen), navození pocitu družnosti a uznání kolektivem. Chut' někdy vyzkoušet drogy udala téměř polovina mužů a třetina žen.

Kromě protikuřáckého působení byli medicí v rámci stáží na ústavu preventivního lékařství osloveni též aktivitami týkajícími se primární prevence zneužívání netabákových drog. Prevence závislostí byla probírána též ve výuce budoucích pedagogů a zakotvena ve studijních materiálech. Byla posílena spolupráce s Poradenským centrem MU a studenti dostali příležitost řešit své problémy se závislostmi přímo na univerzitní půdě.

Csémy et al. (2004) zkoumali vzorek 904 pražských vysokoškoláků (Univerzita Karlova, Vysoká škola ekonomická, České vysoké učení technické, Česká zemědělská univerzita, Vysoká škola chemicko-technologická) pomocí anonymního strukturovaného dotazníku, který byl zaměřen na zneužívání drog a postoje k nim. Obsahoval i škály, sledující některé psychologické charakteristiky.

Rizikové či společensky nežádoucí formy užívání návykových látek byly zjištěny u třetiny souboru. Nadměrná konzumace alkoholu byla zjištěna u pětiny mužů a 8 % žen. Relativní četnost pravidelných denních kuřáků cigaret se nelišila dle pohlaví (14 % mužů, 13 % žen), užívání sledovaných drog (marihuana, pervitin, heroin, LSD, extáze)

během roku častěji než pětkrát přiznalo 24 % mužů a 12 % žen. Osoby s rizikovým chováním k návykovým látkám vykazovaly vyšší úroveň depresivity, horší duševní zdraví, obtížněji se ztotožňovaly s obecně platnými společenskými normami.

Studenti, nadužívající alkohol nebo konzumující jiné drogy, zastávali smířlivější postoje k užívání návykových látek. Nebyly nalezeny žádné významné vazby mezi kvalitou rodinného prostředí a rizikovým užíváním drog.

Pavúk a Koščo (1997) publikovali výsledky dotazníkové studie, kterou sledovali kuřácké návyky a prevalenci kuřáků mezi studenty Pedagogické fakulty v Prešově v období 1982–1995. Osloveno bylo více než 1900 respondentů.

V roce 1982 v celém souboru kouřilo průměrně 31,2 % posluchačů, z toho 43,4 % mužů a 26,5 % žen. Mezi studenty prvního ročníku byla zaznamenána prevalence kouření 20,3 % (16,6 % u žen, 34,7 % u mužů), mezi studenty posledního ročníku 36,7 % (30,9 % u žen a 51,6 % u mužů). Data z r. 1991, pocházející z další etapy výzkumu, prezentují prevalenci kuřáků v prvním ročníku 26,2 % (25,8 % u žen, 27,2 % u mužů), v posledním ročníku 44,3 % (39,6 % u žen, 52,0 % u mužů). K dispozici jsou ještě údaje o prevalenci kuřáctví u studentů prvního ročníku z r. 1995 (24,5 % celkem, 23,3 % u žen, 29,4 % u mužů).

V roce 1991 byl zaznamenán nárůst četnosti kuřáků v souboru studentů prvního a posledního ročníku, k čemuž výrazně přispěli nově nastupující do prvního ročníku a ženy obecně. V roce 1995 byl zaznamenán v souboru studentů prvního ročníku pokles kuřáků oproti r. 1991, oproti roku 1982 však jejich nárůst (obojí bez statistické signifikance). V období 1991–1995 nebyl potvrzen trend rostoucí prevalence kuřáctví u žen a poklesu u mužů z let 1982–1991.

Výzkum je dlouhodobě prováděn též mezi studenty 3.–5. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě (Novotný, Kolibáš, 1997; Kolibáš, Novotný, 1998). Koncem 90. let sledoval vlastní zkušenosti posluchačů s alkoholem a dalšími psychoaktivními látkami a rovněž jejich znalosti. Nejčastěji užívanými látkami u respondentů byla černá káva (pravidelně ji pije více než 40 %) a alkohol (20 % pravidelných konzumentů). Pravidelné kouření tabáku uvádí kolem 10 % dotazovaných. Pravidelné užívání benzodiazepinů je velmi řídké, avšak zjistilo se častěji jejich opakované užití. Pravidelná a opakovaná konzumace alkoholu a nikotinu jsou 3–4krát častější u mužů, pití kávy a užívání benzodiazepinů se vyskytuje zase častěji u žen. Z nelegálních drog se v souboru popisuje nejvíce kontakt s marihuanou (1,8 % pravidelní konzumenti, opakované užití uvádí dalších 5,5 %). Zřídka se užívají psychostimulancia, Ecstasy, halucinogeny. Alespoň jednou užila psychostimulancia 2,3 % studentů, LSD asi 1,4 % a Ecstasy asi 0,5 %. Nikdo neuvedl vlastní zkušenost s opiáty. Při hodnocení znalostí studenti jako nejznámější uvedli kanabinoidy, následoval heroin, halucinogeny, těkavé látky. Nejméně známými jsou „designer drugs“.

Další studie (Kolibáš et al., 2003) pomocí anonymního dotazníku zkoumala soubor celkem 381 studentů 3.–5. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě, dalších fakult Univerzity Komenského (pedagogické, přírodovědecké, právnické a filosofické) a studentů Akademie policajného zboru SR. Vysokoškoláci v Bratislavě z návykových látek nejčastěji užívají černou kávu (48 % souboru), tabák (14 % pravidelně kouří) a alkoholické nápoje (12 % je pije pravidelně). Pravidelné pití alkoholu a kouření se častěji vyskytovaly u mužů, ženy častěji pravidelně pily černou

kávu a užívaly léky s návykovými složkami (téměř 4 %, zvl. analgetika). Z ilegálních látek byly nejčastěji zneužívány produkty konopí (27 % mužů a žen s nimi mělo alespoň jednu zkušenost, pravidelně je bralo další necelé 1 % dotázaných). Osoby s vlastní marihuanovou zkušeností častěji patřily k pravidelným konzumentům tabáku a alkoholu, samy většinou zkusily i jiné drogy, měly přátele, užívající návykové látky. V menší míře oslovení uvedli vlastní zkušenost s LSD, ojediněle s těkavými látkami a opiáty.

Poslední výsledky prezentovali Novotný a Kolibáš (2004) z anonymního dotazování v roce 2002, byly získané v souboru 230 studentů (157 žen, 73 mužů) 3. a 5. ročníku Lékařské fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě. Pravidelně kouřilo 11 % souboru (7 % žen, 21 % mužů), 11 % oslovených pravidelně pilo alkohol (8 % žen, 16 % mužů) a dalších 68 % pilo alkohol sice nepravidelně, ale opakovaně. Pravidelně pilo černou kávu 46 % osob (polovina mužů, třetina žen). Z ilegálních látek jsou nejčastěji zneužívány konopné drogy (jednu zkušenost s nimi mělo 15 %, 12 % opakovanou, ojediněle se vyskytla pravidelná konzumace konopí). Jedno nebo opakované užití konopí uvedlo 22 % žen a 42 % mužů (rozdíl statisticky významný). Téměř 3 % měla jednu zkušenost s LSD, opakovaná byla řídká, podobná situace byla popsána též u extáze.

Při porovnání dat z let 2002 a 1997 se ukázalo, že v r. 2002 vzrostl signifikantně počet konzumentů tabáku, počet pravidelných a občasných konzumentů alkoholu se významně nezměnil. Významně vzrostla četnost drogové zkušenosti s konopím (jednorázové i opakované), mírně poklesl podíl pravidelných konzumentů.

Práce Kovářové a Dóciho (2004) zkoumala vztah mezi kouřením a tělesnou aktivitou studentů Lékařské fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika (UPJŠ) v Košicích. Byly analyzovány odpovědi získané dotazováním v rámci kardiiovaskulárního monitoringu CINDI, jejichž součástí byly položky, týkající se kouření a fyzické aktivity. Soubor představovali 1104 studenti medicíny (426 mužů a 678 žen) 5. ročníku, oslovení v období 1996–2001. V celém vzorku kouřilo 17,5 %, z toho tři čtvrtiny představovali pravidelní a asi pětinu občasní kuřáci. Prevalence kouření byla vyšší u mužů a muži též kouřili déle než ženy. Průměrná denní spotřeba cigaret činila u mužů 11 kusů, u žen 7. Pravidelně začali studenti kouřit až po nástupu na vysokou školu. Subjektivně muži hodnotili svou fyzickou kondici lépe než ženy, nejčastějším typem pohybové aktivity byla rychlá chůze (uvedlo více než 60 % respondentů), čtvrtina oslovených se vícekrát týdně věnovala rekreačnímu pohybu, asi 2 % vzorku aktivně sportovala. Nebyl prokázán obecný vztah mezi kuřáctvím a fyzickou aktivitou vysokoškoláků, zato byla nalezena významná souvislost mezi denní spotřebou cigaret a tělesným pohybem. Studenti, kteří vykouří více cigaret denně, mají tendenci být méně fyzicky aktivní. Vzhledem ke kardiiovaskulární prevenci a prevenci závislosti bude velmi užitečné posílení role tělesné výchovy v rozvrhu a uplatňování různých metod boje s kouřením.

Reprezentativní studie zaměřená na konzum marihuany u vysokoškoláků byla provedena v USA (Bell et al., 1997; in: Novotný, Kolibáš, 2003). V souboru více než 17500 studentů ze 150 amerických vysokých škol téměř čtvrtina uvedla, že v posledním roce konzumovala marihuanu. Užívání bylo vyšší u studentů, kteří současně pili alkoholické nápoje a kouřili, dále u těch, kteří bydleli v kampusech, kde byly dostupné puby (hospody). Konzum marihuany souvisel s horšími studijními výsledky.

Velká studie byla též realizována ve Velké Británii (Webb et al., 1996; in: Novotný, Kolibáš, 2003). Ve vzorku více než 3000 studentů z 10 univerzit bylo zjištěno, že

89 % má nějakou zkušenost s alkoholem (61 % mužů a 48 % žen pije pravidelně, rizikově pije 15 %), 20 % užívá konopí pravidelně aspoň jednou týdně, 33 % má zkušenost s jinými nelegálními látkami (většinou LSD a extázi). 46 % osob začalo užívat návykové látky ještě na střední škole, 13 % po vstupu na univerzitu.

Průzkum NHSDA a SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) ukázal, že v USA je v populaci bílých mužů ve věku 12–34 let 28 % závislých na nikotinu, 6 % na alkoholu, 9 % na marihuaně a 8 % na kokainu. U bílých žen pak u 31 % existuje závislost na nikotinu, u 3 % na alkoholu, 6 % na marihuaně a 11 % na kokainu (*Gfroerer et al., 1997; 1996 Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies, 1997*).

Sledování populačního vzorku osob ve věku 13–48letých v Austrálii (*Lenton et al., 1997*) s průměrným věkem 18,9 roku prokázalo, že kontakt s alkoholem mělo alespoň jedenkrát v životě téměř 99 % dotazovaných, s konopím přes 96 %, s halucinogeny (LSD) přes 90 %, s inhalanty 83 %, s amfetaminy 69 %, s barbituráty bez lékařského předpisu 37 %, s kokainem 19 % a s heroinem 7 %. Alkohol užilo přímo ve škole 92 %, cannabis 89 %, LSD 67 %, inhalanty 57 %, amfetaminy 46 % a barbituráty 35 %.

Publikované sdělení si nečiní nárok na univerzální platnost zjištěných skutečností pro celý vzorek vysokoškolské populace. Ukazuje však jisté trendy, na něž by se měla zaměřit primární prevence aplikovaná ve vysokoškolském prostředí.

Kromě alkoholu, nikotinu a konopí, které vítězí v „hitparádě“ užívaných drog, se stále více začíná prosazovat kokain (i když ve zkoumaném souboru jsou zkušenosti s ním ještě řídké), a to nejen mezi movitějšími vrstvami společnosti. Toto zjištění souvisí s vyšším přílivem drogy do republiky a s poklesem její ceny na nelegálním trhu.

K častěji zaznamenaným návykovým látkám ve sledovaném segmentu patří tlumivé léky (zvl. analgetika, sedativa, hypnotika, spasmolytika), halucinogeny a taneční drogy. Zmíněné látky mají relativně snadnou dostupnost, poněvadž řada léků je volně prodejná, další drogy se získávají z přírodních zdrojů, v klubech a zábavních centrech.

Závěry

Více než tři čtvrtiny dotazovaných užily během života tabák, poprvé většinou mezi 10.–18. rokem, „legálně“ kouřila desetina oslovených, 5 % okusilo tabák v době, kdy jim nebylo ani 10 let, téměř 40 % respondentů kouřilo během posledních 7 dnů před studií.

Prakticky 99 osob ze 100 během života někdy pilo alkohol, ženy spíše příležitostně, muži pravidelně, první kontakty s alkoholem se odehrály mezi 10.–18. rokem věku, „legálně“ pila 3 % souboru, desetina okusila alkoholický nápoj ve věku pod 10 let, téměř tři čtvrtiny oslovených konzumovaly alkohol během posledních 7 dnů před studií.

Černou kávu již někdy okusilo 8 z 10 oslovených, k jejím pravidelným konzumentům patří více žen, nejvíce osob získalo první zkušenost mezi 15.–18. rokem, polovina respondentů pila černou kávu během posledních 7 dnů před dotazováním.

S kokainem přišla během života do kontaktu asi 3 % souboru, muži více než ženy, v posledním měsíci před studií jej užila 0,2 %, nejčastěji došlo k experimentům s kokainem v časně dospělosti, prakticky v 70 % se jednalo o max. 3 opakované pokusy. S crackem měly někdy v životě zkušenost 0,3 % dotazovaných, během posledního

měsíce jej užily zlomky procenta (3 osoby, 0,03 %), maximum experimentů a četnost užití byly obdobné jako u kokainu.

Marihuanu alespoň jedenkrát v životě okusilo 60 % oslovených, muži více, v posledním měsíci ji konzumovalo 16 % z celého souboru, výrazně převažovali muži, maxima dosáhlo první užití marihuany ve věkové kategorii 15–18 let, více než 10krát marihuanu užívalo 45 % oslovených, dominovali muži, experimenty (1–3krát) přiznala třetina souboru. Hašiš nebo hašišový olej během svého života alespoň jednou užila čtvrtina respondentů, převažovali muži, v posledním měsíci tyto látky konzumovala 4 % souboru, opět s převahou mužů, první zkušenosti s hašišem či hašišovým olejem ponejvíce spadají do období mezi 15.–18. rokem věku, většinou šlo o 1–3 experimenty.

Halucinogeny byly alespoň jednou v životě užity 7 % souboru, častěji muži, v posledním měsíci se konzumace halucinogenů vyskytla u 0,5 % všech oslovených, opět s převahou mužů, první kontakty s halucinogeny nejčastěji spadaly do věkového intervalu 15–18 let a do období rané dospělosti, 60 % souboru užilo halucinogeny experimentálně (1–3krát), třetina častěji (4–10krát). Halucinogenní houby (zvl. lysohlávky) během života vyzkoušel téměř dvojnásobek osob než halucinogeny obecně, muži více, v posledních 30 dnech je užilo 0,8 % souboru (více mužů), věkové období prvního užití halucinogenních hub kopíruje období prvního užití halucinogenních látek obecně, halucinogenní houby byly v 60 % případů požitý 1–3krát, ve čtvrtině pak 4–10krát.

Alespoň jednu životní zkušenost s tzv. „tvrdými“ drogami mělo méně než 5 % dotazovaných, častěji muži, první kontakty s nimi spadaly do intervalu 15–18 let a do období rané dospělosti, u poloviny souboru šlo o 1–3 experimenty.

Léky s tlumivým účinkem bez lékařského předpisu či odborného doporučení během svého života alespoň jednou užilo 8 % respondentů (více žen), v posledním měsíci před dotazováním 0,9 % souboru (opět více žen), přibližně polovina uživatelů si tlumivé léky záměrně poprvé vzala v době časné dospělosti, 40 % mezi 15.–18. rokem, zhruba 40 % je užilo „na zkoušku“ a 4–10krát, pětina pak častěji než 10krát.

Taneční drogy alespoň jednou během svého života užilo 9 % dotazovaných, v posledních 30 dnech je užilo 0,7 % souboru (převažovali muži), první zkušenost byla učiněna ve věku 15–18 let a na prahu dospělosti, ve svou třetinách případů šlo o ojedinělé experimenty.

Na automatech alespoň jednou během života hrála více než třetina dotazovaných, převažovali muži, v posledním měsíci před dotazováním přiznalo hru na automatech 6 % souboru (opět s převahou mužů), nejvíce hráčů se poprvé setkala s automatem ve věku 15–18 let a na prahu dospělosti, 1–3 kontakty s gamblingem přiznaly dvě třetiny osob, pětina 4–10, desetina více než 10.

Nejčastěji motivovali respondenty k užití drog jejich přátelé, následoval vliv partnera (partnerky), náhodných známých. V případě setkání studentů s drogovým překupníkem to byl v desetině případů vysokoškolák mimo MU, ve 4 % student MU, ve 2 % student MU z těžší fakulty jako respondent. Jedno či dvě setkání se zfalšovanou či ředěnou drogou přiznala desetina souboru, častější kontakt byl zaznamenán u 3 % vzorku. K dominantním důvodům užití drog nejčastěji patřilo v souboru uznání ostatních, zvědavost, méně navození příjemných pocitů, uvolnění psychického stresu a spiritualita.

Za velmi snadno dostupnou označili dotazovaní marihuanu, za relativně snadnou obstaratelné pak taneční drogy a halucinogeny. Známí respondentů nejčastěji užívají

marihuany, následují taneční drogy, halucinogeny a budivé aminy (pervitin aj.). Postoje k pravidelné denní konzumaci tabáku se liší dle pohlaví (souhlasí s ní 9 % mužů a 4,5 % žen, obdobná situace nastala též u názorů na pravidelné užívání marihuany (souhlasí 16 % mužů a 6 % žen), experimentální užití „tvrdých“ drog schvaluje 8 % mužů a 3 % žen, s experimentálním užitím „měkkých“ drog obecně souhlasí 31 % mužů a 19 % žen, v případě marihuany jde o 66 % mužů a 56 % žen, jejichž postoje jsou značně benevolentní.

Legalizaci jakékoli drogy rozhodně zavrhuje 13 % souboru, povolení vybraných látek k využití lege-artis by podpořilo 53 % dotazovaných (více žen), legalizaci tzv. „lehkých“ (zvláště konopných) drog by schvalovala čtvrtina respondentů, všech drog necelá 2 % souboru (v obou případech více mužů).

PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE ZAMĚŘENÉ NA OMEZOVÁNÍ KOUŘENÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

PRIMARY PREVENTIVE PROGRAMMES WITH THE FOCUS ON ANTI-TOBACCO EDUCATION FOR CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

Iva ŽALUDÍKOVÁ

Možnost ovlivnění vnitřních pocitů, nálady a myšlení některými látkami je lidstvu známa již odedávna. Již od nejstarších dob byl k tomuto účelu užíván alkohol a různé rostliny, často v souvislosti mystickými úkony a náboženskými obřady. V moderní době rozvoj chemie a farmaceutického průmyslu značně rozšiřuje šíři a dostupnost těchto látek a tím i riziko drogových závislostí.

Droga je každá látka s potencionálně psychotropními vlastnostmi, která může vyvolávat závislost a být škodlivá jednotlivci i společnosti. **Závislost** se vyvíjí jako důsledek periodického nebo soustavného užívání drogy. Vyplývá z interakce mezi drogou a organismem. Je charakterizována změnou chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nucení užívat látku trvale nebo periodicky s cílem znovu zakusit její vliv na psychiku nebo se vyhnout obtížím vznikajícím z toho, že látka nebyla užita. Drogově navozená euforie je pocíťována velmi příjemně. Přání udržet tento pocit a vyhnout se diskomfortu je základem psychické závislosti. Většinou však je přítomna i závislost tělesná (fyzická) jako důsledek drogou vyvolaných změn na buněčné úrovni, změny v CNS. Droga se stává nezbytnou součástí buněk a látkové výměny. Organismus se na látku postupně adaptuje. Přitom se rozvíjí i tolerance tj. postupné snižování účinku dlouhodobě podávané drogy a tedy tendence stále zvyšovat dávky, aby bylo dosaženo stejného efektu. Snižování dávek nebo její odnětí naruší vytvořenou adaptaci a vyvolá abstinenční syndrom. Důvody, proč některé osoby upadají do drogových závislostí, nejsou dostatečně známy. Kromě účinků jednotlivých drog se na tom podílejí i faktory osobnosti a faktory sociální. U postižených bývají opakovaně zjišťovány určité rysy: neschopnost vyrovnat se s frustracemi, agresivita při zátěži, vyžadování okamžitého uspokojení (požitku). Běžné jsou problémy sexuální identitou, tendence k porušování norem, deprese, nízké sebehodnocení, pocity provinění, emocionální instabilita. Velký vliv má společnost, tlak vrstevníků, dostupnost drog a sociální pozice.

Kouření je drogová závislost, závislost na nikotinu

Drogová závislost je stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy. (Hartl, 2000)

Závislost na nikotinu je jednou z nejrozšířenějších, a přitom preventabilních toxikománií. Spolu s alkoholem se řadí mezi státem tolerované, tj. legální drogy, společností podceňované, a o to víc nebezpečné. Je prokázáno, že pravidelné kouření je závislost srovnatelná se závislostí na nelegálních drogách, například na heroinu. Nikotin je návykový, aktivuje mozkové okruhy regulující pocity uspokojení, libosti, kde významnou roli hraje neurotransmitter dopamin, jehož uvolňování v mozku nikotin zvyšuje. Závislost na tabáku je příčinou přibližně 25–30 % úmrtí na onkologická onemocnění v ČR. Z celkového počtu 18 000 úmrtí ročně v ČR způsobených kouřením je 8000 nádorových onemocnění (z toho 5000 rakovina plic), 7000 kardiovaskulárních onemocnění, 2000 respiračních nemocí a 1000 připadá na ostatní. (Králiková, 2008)

Pravidelné kouření se může vyvinout v **nemoc** diagnostikovanou podle 10. Klasifikace nemocí jako „**závislost na tabáku**“ s označením **F 17**. Nejde tedy o zlozvyk a slabou vůli kouřícího, ale o **závažné psychické onemocnění**, jehož léčba není jednoduchá. Obecně při zanechání kouření je nutné změnit celý životní styl, neboť psychosociální závislost tj. závislost na denních rituálech souvisejících s užíváním drogy, zasahuje hluboko do každodenních návyků každého kouřícího jedince.

O kouření je možno hovořit jako o **komplexním složitém vzorci chování, naučeném chování, které je ovlivněno biologickými a psychologickými faktory a také vlivy sociálního prostředí, především rodičů u dětí**. Podíl psychologických faktorů na vzniku kuřáckého návyku se spojuje s teorií učení, která vysvětluje, že lidé se **stávají kuřáky, protože kouření je pozitivně posilováno** (krátkodobě zlepšení soustředění, spojení s krátkou relaxací, utřídění myšlenek, pocit sounáležitosti sdílený s jinými kuřáky). U začínajících kuřáků je zdrojem pozitivního posílení sociální ocenění z řad vrstevníků. Vytváří se řetězec podmíněných podnětů, které vyvolávají zapálení si cigarety. Biologické aspekty se týkají působení nikotinu na fyziologické a psychické funkce v organismu. Nikotin je hlavní psychoaktivní látkou způsobující závislost. Sociální vlivy souvisí s psychologickými. Sociální učení, učení dětí nápodobou rodičů – kuřáků je jednoznačně vysoké. Kouření je naučené chování, které má složku:

- **Biologickou, fyzickou složku** – závislost na nikotinu.
- **Psychologickou složku** – závislost na chování, rituály, pozitivní posilování chování, vyžaduje zásadní změnu myšlení, vztahů, prostředí a životního stylu.
- **Sociální složku** – sociální učení, vzor, model rodiče, vrstevníci.

Vzdát se kouření a překonat závislost na tabáku je tedy obtížné zvláště proto, že při vzniku a udržování kuřáckého chování spolupůsobí více faktorů. V dospívání je citlivost vůči účinkům psychoaktivních látek zvýšena a to usnadňuje rychlejší rozvoj závislosti. **Proto je v oblasti prevence prioritou omezovat kouření dětí a dospívajících se snahou nezačít kouřit vůbec.**

Závislost je velmi rozšířené onemocnění a závislost na legálních drogách, **zejména na tabáku a alkoholu, je velmi časté a také má nejzávažnější dopady na zdraví.**

Totíž závislost na nelegálních drogách je někdy díky rychlejšímu rozvoji, ale i díky černému trhu viditelnější, ovšem z hlediska celé společnosti je to problém spíše okrajový. Tradičním mýtem je, že kouří každý. To neodpovídá skutečnosti. Kouří přibližně 25-30 % obyvatel ČR, což je jednoznačná menšina. Dalším mýtem je, že účinky kouření se projeví až za dlouhou dobu (za 20–30 let). Vykouřená cigareta zkracuje život až o 6 minut. Po krátké době kouření se projeví zhoršená tělesná výkonnost, zhoršený čich a chuť, častější infekce dýchacích cest, nepříznivé kosmetické změny, zápach z úst, kožní změny.

Je důležité uvědomit si, proč lidé kouří. Především je to společenský rituál, od 16. stol. to byla výsada bohatých lidí. Dále působí stimulačně příjemnou změnou nálad, uvolněním (zčásti subjektivním), lepším soustředěním. Navozuje pocit nezávislosti, rozhodnosti, společenské prestiže, úspěchu. V současné době více kouří lidé v chudších zemích, lidé s nižším socioekonomickým statutem. Závislost na kouření vzniká dříve v raném věku, odvykání je obtížné kvůli abstinčním příznakům – nervozita, podrážděnost, neklid, bolesti hlavy, deprese, poruchy spánku, pocení, zvyšování hmotnosti, pocit snížení tělesného i duševního elánu (může být subjektivní). Pro prevenci je tedy prioritou omezovat kouření dětí.

Primární obrana se vztahuje k několika pilířům:

- Člověk – zdravé sebevědomí, obraz sebe sama.
- Rodina – jasná pravidla, citová vazba, péče a prostor pro zájmy, otevřená komunikace.
- Škola – jasná pravidla týkající se návykových látek, atmosféra ve škole, návaznost na trávení volného času.
- Společnost – ekonomická situace, pracovní příležitosti, normy a hodnoty ve vztahu k návykovým látkám.

Preventivní programy k nekouření pro děti a dospívající

Jak bylo zmíněno výše, je hlavní prioritou prevence u dětí a mládeže omezovat kouření.

Úkolem prevence závislostí podle Nešpora (1991) je:

- předcházet tomu, aby žáci zneužívali návykové látky včetně alkoholu a tabáku
- jestliže to není možné, posunout setkání s návykovými látkami včetně tabáku
- omezit experimentování s návykovými látkami, když už k němu dochází
- předcházet zdravotním poškozením, včetně závislosti.

Efektivní preventivní programy jsou zaměřeny nejen na zvýšení znalostí, ale především na postoje žáků a jejich chování. To je jednoznačně náročnější než jen zvýšit informovanost. Výzkumy bylo ověřeno, že znalosti a chování spolu nekorelují, nemají souvislost. Je tedy nutné zaměřit se v efektivních programech **na změnu chování**. K tomu směřuje v poslední době i značné množství průzkumů, šetření a programů v psychologii zdraví na celém světě.

Jeden z úspěšných postupů, jak ovlivňovat nekuřáckou výchovu u dětí, ale především u dospívajících je tak zvaný „peer-program“. Je to program, kdy na žáky působí jejich vrstevník, který je předem proškolen a souhlasí s aktivní činností v programu. Smysl tohoto působení je v tom, že vliv vrstevníka je v období adolescence vyšší než vliv dospělého člověka, autority, kterou většinou mladý dospělý odmítá a k níž se staví negativisticky. Východiskem peer-programů je tedy aktivní zapojení připravených vrstevníků. Slovo *peer* znamená však nejen „vrstevník“, ale označuje také „někoho, s nímž cílová populace může ztotožnit“. V USA byla vyšší účinnost takových programů prokázána. V ČR byl takový program vytvořen Nešporem, Csémym a Pernicovou v Praze a další peer-program s názvem „Kouření a já“ vytvořila v Brně D. Hrubá. Tyto programy jsou používány na našich školách. Vrstevnický prvek je v našich podmínkách dobře realizovatelný a použitelný, ale není nezbytnou podmínkou programů.

Jedním z dalších úspěšných programů používaný v USA je **Life skills training**¹ od G. J. Botvina (Nešpor, 1991). Program se zaměřuje především na dovednosti, které připraví dítě účinně reagovat na možné životní situace a případné duševní rizikové stavy a jejich zvládání. Jedná se například o schopnost uvolnit se, používat vhodnou relaxační techniku, schopnost plánovat čas, schopnost posilovat a chránit si zdravé sebevědomí (asertivní techniky). Dále schopnost čelit sociálnímu tlaku např. odmítnout vrstevníky, starší, nadřízené, když nabízejí návykové látky, schopnost komunikace, nacházení kompromisu, sebeobrana, sebezdokonalování, chránit a posilovat zdravé sebevědomí, zvládání úzkosti, zvládání hněvu, vytvářet si vztahy, racionálně hospodařit s penězi, dovednost rozhodování, schopnost oddálit uspokojení nebo potěšení, mediální gramotnost (kritika reklamy), zdravotní gramotnost, schopnost pečovat o vlastní zdraví, atd. Tento program podle odborné práce publikované v r. 2002 používá kolem 12 % veřejných škol v USA. (Nešpor, 1991)

Důležité prvky kvalitních preventivních programů

- Preventivní program je komplexní, zahrnuje zvyšování znalosti, ovlivnění postojů i nácvik chování.
- Zahrnuje nácvik sociálních dovedností a dovedností potřebné pro život.
- Odpovídá věku, čím mladší děti, tím obecnější prevence.
- Spolupráce s rodinou.
- Spolupráce se spojenci jako je širší místní komunita, organizace mládeže, zájmové a sportovní organizace, místní správa, pedagogický sbor, další školy, lékaři, psychologové, atd.
- Nácvik, jak čelit tlaku vrstevníků, obranou proti přesvědčování je dovednost odmítnutí v modelových situacích.

Efektivita programů primární prevence

- Začátek programu 2–3 roky před první zkušeností dítěte s drogou (tj. u tabáku kolem 7,8 let).
- Interaktivní, peer-program.

¹) více možno nalézt na adrese: www.lifeskillstraining.com

- Zařazení do kurikula školy, realizují učitelé podle svých lokálních podmínek.
- Systematicky navazující, ne jen jednorázové.

Pokud by se nám podařilo ovlivňovat děti systematicky od nejmladšího období, bylo by možno vytvořit **kurikulum nekuřácké výchovy na školách v ČR**. Pro tento účel doporučujeme použít následující již vytvořené a užívané programy:

- Předškolní věk – My nechceme kouřit ani pasivně, Já kouřit nebudu a vím proč (MŠ)
- Mladší školní věk – Normální je nekouřit, Nekuřátka, semináře o kouření (1. stupeň ZŠ)
- Starší školní věk – Kouření a já, Naše třída nekouří, semináře o kouření (2. stupeň ZŠ)
- Období adolescence – O zdraví si rozhodují sám, semináře o kouření (SŠ)

Další programy vhodně doplňovat a nabízet školám.

Na Pedagogické fakultě spolu s Lékařskou fakultou MU byl vytvořen program primární prevence s názvem „**Normální je nekouřit**“. Průvodci programu jsou cigarety Retka jako symbol nezdravého způsobu života a veverka Věrka, jako opak – symbol zdravého způsobu života. Program využívá metody, které osloví děti mladšího školního věku tj. pohádky, říkanky, příběhy, omalovánky, hraní rolí, práce ve skupině, atd., tj. metody, které navozují prožitek, neboť je důležité ovlivnit postoje a také chování dětí vedoucí ke zdraví.

cigareta Retka



symbol nezdravého životního stylu

veverka Věrka



symbol zdravého životního stylu

Cílem je formovat pozitivní a odpovědný postoj ke zdraví a zdravému životnímu stylu, snížit počet dětí vystavených účinkům pasivního kouření, působit na děti tak, aby nezačaly vůbec kouřit a vědomě se rozhodly stát se nekuřákem. Program je zařazen do školního vzdělávacího programu tak, že je v něm ponechán prostor pro učitele, aby si jej přizpůsobil podle své třídy a lokálních podmínek školy. Aby jej přijal za svůj. Pro-

gram přispívá k utváření závazných výstupů pro I. období (1.–3. třída), rozvíjí a utváří kompetence, rozvíjí průřezová témata, využití programu jako projektové vyučování, návaznost do jiných předmětů a využívá mimoškolní aktivity, zájmové činnosti (školní družiny, sportovní kroužky, aj.). Děti, které se účastní programu jsou již po 4 roky sledovány v experimentální skupině, neboť program je evaluován se záměrem sledování dlouhodobého účinku.

Parciální výsledky studie

- Negativní postoje ke kouření mužů vykazuje kolem 90 % respondentů.
- Negativní postoje ke kouření žen kolem projevílo asi 97 % respondentů.
- Asi 11 % (osmi- až devítiletých) dětí již zkusilo kouřit.
- Až polovina rodičů u dětí v souboru doma kouří.
- Téměř 3/4 dětí již ochutnaly alkohol, a to nejvíce z rukou svých rodičů. Polovina z nich ochutnala pivo a třetina víno.
- Zvýšení znalostí o rizicích kouření, děti uváděly rakovinu, postižení plic a srdce.
- Počet těch, kteří nechtějí v budoucnu kouřit se postupně snižoval ve prospěch nerozhodnutých (kolem 25 %).

Tabák patří mezi drogy společností tolerované a o to více nebezpečné, neboť jejich účinek je méně viditelný a běžně široce akceptovaný. Ovšem nálezy týkající se souvislostí s jinými formami rizikového chování ukazují, že prevence může být účinná jen, když není orientována jen na jednu formu rizikového chování. Programy by měly být **široce orientovány na zdravý životní styl**. Pokud by se nám podařilo dodržet pozitivní trend, který vyplývá ze studie projektu WHO HBSC – the Health Behaviour in School Children z roku 2006 (Csémy a kol., 2007), totiž že dochází ke změně chování, k poklesu prevalence kuřáctví u dětí a dospívajících. Pak bychom mohli tuto změnu připisat na vrub snížení dostupnosti tabákových výrobků, vyššímu zdanění, omezení reklamy, ale i kvalitnějším preventivním programům ve školách. A to je cíl našeho dlouhodobého záměru, smysluplnost veškeré aktivity práce na školních programech primární prevence k nekouření.

Jako dovětek při přípravě preventivního programu bychom měli připomenout slova J. A. Komenského: „Myslíš-li na rok dopředu, zasad' zrno, myslíš-li na pět let dopředu, zasad' strom, myslíš-li na celý život, vychovávej.“ (in Nešpor, 1991, s. 39).

KOURENÍ JE NEMOC

SMOKING IS A DISEASE

Halina MATĚJOVÁ, Drahoslava HRUBÁ

Kouření je odbornou veřejností pokládáno za nejvýznamnější jednotlivý preventabilní rizikový faktor nemocnosti a předčasné úmrtnosti. Podle současných poznatků přispívá nejméně k 25 různým onemocněním, mnohá z nich jsou smrtící. Kromě toho jakákoliv forma užívání tabáku vede u většiny konzumentů ke vzniku závislosti, která je pokládána za závažné psychiatrické onemocnění (dg. F 17). Psychoaktivní drogou v tabáku je nikotin, mechanismus jeho působení v centrálním nervovém systému je podobný jako u heroinu či kokainu. Závislost vzniká u 80–85 % pravidelných kuřáků (stejně jako při konzumaci heroinu či kokainu) a až u třetiny občasných kuřáků.

Podstatou opakovaného užívání tabákových výrobků obsahujících nikotin jsou subjektivní pocity, které jsou odrazem četných změn vyvolaných nikotinem v centrálním nervovém systému. Váže se na určité typy cholinergních receptorů, přítomných na nervových buňkách a vyvolá jejich aktivaci, po které následují další fyziologické reakce: vyplavení neurotransmiterů a některých hormonů. Pro subjektivní vnímání příjemných změn, které nutí kuřáka přivodit nikotinu opakovat, je významné, že bezprostředně po jednom až dvou vdechnutí drogy se zvýší hladiny dopaminu, adenokortikotropního hormonu, noradrenalinu a adrenalinu. Kuřák tyto biochemické reakce vnímá jako zmírnění napětí/stresu, zlepšení nálady, zvýšení pohotovosti k výkonu.

Vzhledem k tomu, že většina závislých kuřáků začala kouřit v dětství či dospívání, je výzkum podmínek vzniku závislosti silně limitován etickými normami, které neumožňují studovat tento proces u nezletilých osob. Protože pomocnými metodami anamnestických vyšetření můžeme závislost a její stupeň alespoň orientačně otestovat, víme, že závislí kuřáci jsou již mezi školními dětmi mladšími 15 let.

Vznik a rozvoj závislosti na nikotinu je proto pediatrickými problémem. My dosud nevíme, po kolika dávkách nikotinu závislost vznikne a upevní se tak, že nutí kuřáka dále užívat drogu, a to dokonce ve zvyšujících se dávkách, i když si je vědom jejích škodlivých účinků na zdraví, a dokonce i tehdy, když už je postižen onemocněním, které prokazatelně s kouřením souvisí a ohrožuje život. V zanechání kouření brání kuřákovi abstinenci příznaky, které se objevují poté, co se nikotin přítomný v jeho organismu metabolicky rozložil a přestal působit na centrální nervovou soustavu. Vzhledem k tomu, že závislost na kouření má vedle farmakologické, na nikotinu vázané

formy i formu behaviorální (manipulace s kuřivem, zapalování při typických situacích), objevuje se určité spektrum abstinčních příznaků – naléhavé nutkání - i tehdy, kdy je kuřák nikotinem saturován: typické je, že si zapaluje další cigaretu, aniž dokouřil tu předchozí.

Účinky spojené s vazbou nikotinu na acetylcholinové receptory se projeví během 10 až 20 sekund po vdechnutí prvního doušku tabákového kouře a každé další potáhnutí zvyšuje množství drogy a tím i její účinky. Tato rychlá dynamika distribuce nikotinu do cílového orgánu při inhalaci je srovnatelná s parenterální aplikací heroinu. Je to významný aspekt pro vznik závislosti, protože kouřící osoba si bez problému spojí podnět – vdechnutí kouře – s účinky - příjemná změna nálady - a podněty pak opakuje vždy, když zatouží po změně subjektivního citění. Postupně se vytvoří stereotyp situací, při kterých se kuřák k droze uchyluje už automaticky.

U nejčastější formy užívání tabáku – kouření cigaret – je v porovnání s jinými drogami (včetně alkoholu) unikátní vysoký počet dávek nikotinu: z jediné cigarety v průměru 10 dávek během 5-7 minut. Protože se postupně vyvíjí tolerance k nikotinu a jeho účinky jsou slabší, je kuřák nucen postupně zvyšovat dávku kuřiva: při spotřebě 10 cigaret 100 dávek, při vykouření celé krabičky si kuřák aplikuje 200 dávek nikotinu denně.

Moderní výzkumy molekulární biologie naznačují možné vlivy genetické: nositelé určitého genu rychleji metabolizují nikotin a jsou více ohroženi rychlým vývojem závislosti než ti, kteří mají menší schopnost produkovat příslušný enzym (CYP 2B6) a nikotin metabolizují jen pomalu. Také již existují studie, které popisují, že lidé exponovaní nikotinu prenatálně (při aktivním či pasivním kouření matky během těhotenství), jsou zvýšeně ohroženi osvojením si kuřáckého chování.

Mladý, dosud ne zcela vyvinutý organismus dětí a mladistvých je ke vzniku závislosti vnímavější, než u dospělých. Toho využívá tabákový průmysl k sofistikované reklamě a propagaci kouření cíleně zaměřené na děti a mládež. Kromě toho vynakládá nemalé prostředky na výzkum různých úprav tabáku. Ty na jedné straně zvyšují vstřebávání nikotinu v plicích, takže kuřák dostává obdobnou dávku i při prokazatelně sníženém obsahu nikotinu v tabáku (cigarety light, ultralight), na druhé straně snižují subjektivní pocit nebezpečnosti kuřiva potlačováním nepříjemného zápachu a dráždění horních cest dýchacích.

Fyziologické změny, které navozuje v organismu nikotin svými účinky na centrální nervový systém, jsou vyvolávány při mnoha aktivitách každodenního života: při jídle, práci, sportu, kulturních zážitcích, harmonických vztazích, sexu, aj. Mnoho dětí experimentuje s kouřením proto, že mají těchto fyziologických podnětů nedostatek (v rodině, ve škole, ve volném čase). Ti ostatní, kterým pozitivní podněty k „dobré náladě“ v jejich životě nechybí, se mohou nechat zlákat snadnou dostupností zástupného faktoru – kuřiva – který jim dosažení pohody usnadní. Jsou obvykle velmi mladí na to, aby domysleli rizika a důsledky jejich nerozvážného experimentování. Jsou však všeobecně známé: zdravotní následky kouření, jejichž obětmi jsou každoročně miliony lidí, jsou srovnávány se středověkými „morovými ranami“. Je proto prioritou pro všechny dospělé, zejména rodiče, pedagogy, zdravotníky, politiky, zabránit všemi prostředky dalšímu šíření nebezpečné závislosti na nikotinu a kouření.

ŽÁCI DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍCH ŠKOL V BRNĚ A JEJICH INFORMOVANOST O MOŽNÝCH ZÁVISLOSTECH VZNIKAJÍCÍCH NA JÍDLE

PUPILS IN THE SECOND GRADE OF PRIMARY SCHOOLS IN BRNO AND THEIR FOREKNOWLEDGE OF POSSIBLE DEVELOPING FOOD ADDICTIONS

Lenka PROCHÁZKOVÁ, Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ

Úvod

PPP jsou jedním z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění zvláště mladých dívek a žen s těžkými důsledky na fyzickou, psychickou i sociální kvalitu zdraví. Mentální bulimie a mentální anorexie, které tvoří nejzřetelnější vymezení PPP, se projevují základními symptomy, které mají logický vývoj a biologický, sociální a osobní význam (Maloney, Kranzová, 1997; Krch a kol., 1999; Krch, Marádová, 2003).

I přes odlišnost, kterou vidíme v mentální anorexii, již nám prezentují dívky vyhublé na kost, a bulimii, kterou lze na první pohled jen velmi těžko rozeznat, jsou si obě nemoci velmi podobné. Pacienty v obou případech spojuje strach z tloušťky, pozornost, která je nadměrně věnována vlastní postavě a vzhledu a v neposlední řadě také tělesné hmotnosti (Maloney, Kranzová, 1997; Krch, Richterová, 1998).

Lidé trpící poruchami příjmu potravy se opětovně zabývají tím, jak vypadají, kolik jim ukazuje ručička váhy, neustále se snaží zhubnout nebo přinejmenším zabránit jakémukoliv nárůstu tělesné hmotnosti. Přejít mezi nemocemi nemá hranice, obě formy mohou přecházet jedna v druhou, případně se *střídat* (Maloney, Kranzová, 1997; Krch, Richterová, 1998).

Vymezení pojmu „mentální anorexie (anorexia nervosa)“

(upraveno podle: Krch a kol., 1999; Krch, 2002; Krch, 2005; Papežová, 2000)

Pro mentální anorexii je charakteristické záměrné snižování tělesné hmotnosti. Nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu jsou spíše až sekundárními důsledky dlouhodobého hladovění, nemusejí se vyskytovat u všech nemocných. Je zajímavé,

že někteří pacienti s mentální anorexií projevují o jídlo zvýšený zájem, rádi vaří, kupují si nové knihy kuchařek, vlastní sbírky nejrůznějších receptů a v neposlední řadě na jídlo neustále myslí. Pacienti na počátku paradoxně odmítají potravu, protože jíst nechtějí, v pozdějším stádiu nemoci jíst chtějí, ale nemohou.

Hladovění mohou spustit různé důvody, ale většinou jde o několik vzájemně propojených příčin, např. poznámky někoho blízkého na vyšší tělesnou hmotnost nebo na nějakou část těla, s níž dívka není úplně spokojena, rodinnou krizi – časté hádky rodičů nebo s rodiči, alkoholismus či jinou závislost jednoho nebo obou rodičů, ztrátu někoho blízkého z rodiny nebo kamaráda, neúspěchy ve škole, návštěvu baletního, tanečního, sportovního či jiného kroužku, kde záleží na hmotnosti a tělesném vzhledu více než jinde, touhu koupit si oblečení, které je malé, tudíž dívka musí zhubnout, apod.

Ke snižování tělesné hmotnosti používají anorektičky různých způsobů. Asi jedna polovina nemocných intenzivně cvičí a velmi omezí příjem potravy. Jiné zvracejí, užívají různá laxativa (projímadla), diuretika (odvodňující prostředky), dietní přípravky. Velmi často dochází ke kombinaci všech prostředků. Situace je tím horší, čím delší dobu dochází k užívání léků. Řada z nich obsahuje návykové složky, může též představovat součást rituálu. Po určité době se tělo pacientky není schopno s účinky přirozeně vyrovnat. Např. dlouhodobé užívání projímadel způsobuje neschopnost organismu vyprázdnit se přirozenou cestou.

Různé zdroje (Papežová, 2000; Krch, 2005) uvádějí, že v dnešní době připadá jeden muž trpící poruchou příjmu potravy na deset až dvacet nemocných žen. Proto se většinou o pacientech s PPP pojednává v ženském rodě.

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle Mezinárodní klasifikace nemocí, jak uvádějí Krch (1999, 2002, 2005) a Papežová (2000):

- tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň, nebo je BMI (Body Mass Index) nižší než 17,5; prepubertální pacienti nesplní během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek (Pozn. Výpočet BMI: zadat tělesnou hmotnost v kg, vydělit dvojmocninou tělesné výšky v m, za normu jsou považovány hodnoty v rozmezí 19–25),
- nemocný si způsobuje snižování hmotnosti sám, tím, že se záměrně vyhýbá jídlům, po kterých se tloustne a používá některé z prostředků na snížení hmotnosti, jako např. vyprovokované zvracení, projímadla, diuretika, nadměrné cvičení,
- u pacientů přetrvává strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, obava z dalšího tloustnutí,
- projevuje se nezájem o partnera a ztráta sexuálního zájmu, u žen dochází ke ztrátě menstruace,
- pokud onemocnění započne před pubertou, jsou její projevy opožděny nebo zcela zastaveny; je zablokován růst a vývoj prsů u dívek, u hochů se dále nevyvíjejí genitálie; po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, ale menarché (první menstruace) je u dívek opožděna.

Pacienti trpící PPP mají tendence snáze inklinovat k závislostem, například na alkoholu, nikotinu, jiných návykových látkách. Jsou pozorovány rovněž sklony k sebepoškozování i sebevraždám. Někteří nemocní uvádějí, že i když mají podváhu, připadají si tlustí a nemohou nadále v tak tlustém těle žít.

Při stanovení diagnózy mentální anorexie (dle Navrátilové, 2000) je třeba pečlivě vyloučit jiné tělesné a duševní poruchy, které se projevují nechutenstvím, poklesem tělesné hmotnosti, problémy s příjmem potravy. Zvláště jde o některé nádorové choroby, infekce (tuberkulózu), endokrinní poruchy, depresivitu. Anorektické rysy mohou být též součástí obrazu u patologických závislostí.

Vymezení pojmu „mentální bulimie (bulimia nervosa)“

(upraveno podle: Krch a kol., 1999; Krch, 2003; Krch, 2005; Papežová, 2003)

Mentální bulimie je porucha, kterou především charakterizují opakující se záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pro její přesnější vymezení lze použít tři hlavní kritéria:

- pacienti trpí nepotlačitelnou a silnou touhou se neustále dokola přejídat, i když jsou nasyceni,
- snaží se zabránit příbytku na váze nadměrným užíváním laxativ a diuretik, nebo záměrným vyvoláním zvracení, popřípadě obojím,
- mají přímo chorobný strach z tloušťky.

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle Mezinárodní klasifikace nemocí, jak uvádějí Krch (1999, 2003, 2005) a Papežová (2003):

- opakované záchvaty přejídání (nejméně dvax týdně po dobu tří měsíců), při kterých je během xké doby konzumováno velké množství jídla,
- neodolatelná žádostivost a touha po jídle, neustálé zabývání se myšlenkou na jídlo,
- snaha potlačit účinek jídla, tzn. co nejrychleji se jídla zbavit; pacienti nejčastěji provokují zvracení, nadužívají projímadla a anorektika, střídavě drží hladovku,
- neustálá obava z tloustnutí; často se projeví epizoda anorexie nebo nějaké období intenzivnějšího omezování v jídle.

Nespecifické a atypické PPP (Krch a kol., 1999; Krch, 2005)

PPP ohrožují stále více lidí v populaci. Přibývá takových pacientů, kteří nesplňují kritéria pro diagnostikování mentální anorexie nebo mentální bulimie. Kategorie těchto nemocných se často přehlíží, přestože do ní patří nezanedbatelný počet osob. Nespecifické a atypické PPP se užívají pro pacienty, u nichž chybí jeden nebo více základních znaků onemocnění, ale projevuje se téměř typický obraz poruchy (mohou to být např. ženy, které pravidelně menstrují i přes svoji velmi nízkou tělesnou hmotnost a nepřítomnost hormonální terapie, pacientky trpící mentální bulimií, které mají normální váhu, ale jsou pro ně typická období přejídání, po nichž následuje kompenzační chování, apod.).

Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy (Krch a kol., 1999; Krch, 2005)

Do jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy spadají případy, kdy:

- pacient jídlo pouze žvýká, ale nepolyká,
- všechna kritéria pro mentální bulimii jsou splněna, ale záchvaty přejídání se objevují méně,
- všechna diagnostická kritéria pro mentální anorexii jsou splněna, ale tělesná hmotnost je v normě,
- za jinak nespecifikované PPP lze považovat také syndrom nočního přejídání.

Syndrom záchvatovitého přejídání (Krch, 2003)

Syndrom záchvatovitého přejídání se projevuje opakovanými epizodami přejídání bez hladovění nebo purgativního chování (užívání projímadel), které je charakteristické pro mentální bulimii. Během jedné epizody jedinec zkonsumuje velké množství potravin, přestože nemá hlad ani chuť. Většinou se jedná i o jídlo, které mu ani normálně nechutná. K přejídání dochází z nějakého nutkání, které může být vzbuzeno vnitřními impulsy, např. stresem, úzkostí, pocitem napětí, nebo pouhou přítomností jídla. Osoby mají v průběhu záchvatu pocit ztráty kontroly nad jídlem. Jedí mnohem rychleji než obvykle, dostaví se pocit, že nemohou ovlivnit množství jídla, které jí a nedokáží přestat jíst, i když se cítí nepříjemně syté. Po přejedení trpí zahanbením a provinilostí ze ztráty sebekontroly a pocitem, že nezvládají vlastní život.

Tento typ patologického chování je velmi často spojen s nadváhou nebo obezitou, protože na rozdíl od mentální bulimie pacient neužívá žádné prostředky pro kontrolu své hmotnosti, ani se nesnaží po záchvatu o jakékoli vyprázdnění.

Problematické záchvatovitého přejídání se v posledních letech věnuje více pozornosti, než v letech předchozích. Krch (2003, 2005) uvádí, že začátek choroby se nejčastěji projevuje ve starším věku, ale porucha se nevyhýbá žádné věkové skupině.

Materiál a metodika

Během zimního období r. 2006 bylo osloveno 233 žáků 6. a 9. tříd 5 náhodně vybraných základních škol v Brně. Výzkum se týkal informovanosti o problematice PPP a byl realizován pomocí anonymního dotazníkového šetření. Použitý dotazník obsahoval celkem 21 položek, z toho 8 s uzavřenou, 10 s polouzavřenou a 3 s otevřenou volbou odpovědi.

Druhý stupeň základní školy byl vybrán proto, že je na něm možno masivnější výskyt PPP již reálně pozorovat. Ve studii šlo o zjištění stavu vědomostí žáků o PPP, srovnání jejich znalostí a postojů dle pohlaví a věku dětí, zmapování informačních potřeb žáků a škol o dalším vzdělávání se v problematice PPP.

Sebraná data byla převedena do elektronické podoby pomocí formulářů, generovaných programem EpiInfo, v. 6.04cz (Dean a kol., 1994). Statistické zpracování bylo provedeno pomocí metody ANOVA a x2 testu v programech EpiInfo, modulu Analysis (Dean a kol., 1994) a programu Statistica for Windows, v. 6cz (StatSoft Inc., 2001).

Podrobnější charakteristiku sledovaného souboru podává tabulka 1.

Škola v Brně	Počet dívek		Počet hochů		Celkem
	6. třída	9. třída	6. třída	9. třída	
Bohunice	8	6	13	13	40
Jihomoravské náměstí	11	6	19	14	50
Chalabalova	14	9	14	9	46
Bosonožská	12	17	7	20	56
Křídlovická	11	7	9	14	41
Celkem	56	45	62	70	233

Tabulka 1: Struktura sledovaného souboru, dotazovaného na PPP

Výsledky výzkumu

Výsledky jsou prezentovány tabulkovou formou doprovázenou stručným komentářem. U vybraných znaků, kde byla nalezena statistická významnost mezi skupinami, jsou znázorněny hvězdičky (*). Jedna hvězdička (*) znamená hladinu statistické významnosti lepší než 5 % ($p < 0,05$), dvě (**) hladinu statistické významnosti lepší než 1 % ($p < 0,01$) a tři (***) hladinu statistické významnosti lepší než 0,1 % ($p < 0,001$).

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Ano velice	1,0	10,6	5,9	7,0
Ano	17,8	36,4	26,3	30,4
Ano, ale něco bych na sobě změnil/a	65,4	47,0	55,9	53,9
Nejsem spokojen/á	15,8	6,0	11,9	8,7

Tabulka 2: Přehled odpovědí na otázku *Jsi spokojen/á s tím, jak vypadáš?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p = 0,00002504$, χ^2). Řada děvčat neakceptuje svůj vzhled a touží jej alespoň částečně změnit. Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl nalezen ($p = 0,786$, χ^2).

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Něco na svém vzhledu	72,3	34,8	55,1	47,0
Nějakou svou vlastnost	62,4	31,8	53,4	36,5

Tabulka 3: Přehled odpovědí na otázku *Kdybys na sobě mohl/a něco změnit, co by to bylo?* Uvedeny jen pozitivní odpovědi.

Rozdíl mezi pohlavími v otázce změny vzhledu byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p = 0,00000003$, χ^2), v otázce změny vlastností též ($p = 0,0000640$, χ^2). Děvčata mají touhu změnit svůj zevnějšek i některou svou vlastnost výrazně více než hoši.

Rozdíl mezi třídami v otázce změny vzhledu nebyl statisticky významný ($p = 0,267$, χ^2), v otázce změny vlastností však ano, a to na hladině 5 % ($p = 0,0141$, χ^2). Žáci v šestých třídách jsou v nadpoloviční většině nespokojeni se svými vlastnostmi, naopak v devátých třídách by si jich téměř 64 % své vlastnosti ponechalo.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Ano	24,8	40,2	28,0	39,1
Ne	75,2	59,8	72,0	60,9

Tabulka 4: Přehled odpovědí na otázku *Posuzuješ Ty ostatní podle vzhledu?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 5 % ($p=0,0198$, χ^2). U děvčat i u hochů převažovala odpověď ne. Z tabulky vyplývá, že nadpoloviční většina dotazovaných žáků ostatní lidi podle vzhledu neposuzuje. Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl zaznamenán ($p=0,0956$, χ^2).

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Být krásný/á	12,9	8,4	12,7	7,8
Být zdravý/á	86,2	78,8	79,6	84,3
Být fyzicky zdatný/á (vynikat ve sportu)	7,9	16,6	15,3	10,5
Být úspěšný/á ve škole, později v zaměstnání	24,7	34,9	31,3	29,6
Mít rodinu a dobré kamarády a moci se na ně spolehnout	74,3	68,1	66,9	74,8

Tabulka 5: Přehled odpovědí na otázku *Nejdůležitějším pro mě je...*?
Uvedeny jen odpovědi, klasifikované jako velmi důležité (1) a důležité (2) na škále 1-5

Statisticky významný rozdíl mezi pohlavími byl nalezen na hladině 5 % pouze v otázce fyzické zdatnosti ($p=0,0274$, χ^2). Kromě toho lze shrnout, že pro děvčata je nejdůležitější mít okruh blízkých osob a moci se na ně spolehnout, naopak pro chlapce být úspěšný ve škole a později v zaměstnání, i když rozdíly v těchto položkách nedosahují statistické významnosti. Rozdíly mezi třídami nebyly shledány jako statisticky významné u žádného bodu otázky.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Ano	33,0	13,7	4,3	40,4
Ne	67,0	86,3	95,7	59,6

Tabulka 6: Přehled odpovědí na otázku *Znáš pojem „BMI (Body Mass Index)“?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,000848$, χ^2). Pojem „BMI“ neznají dvě třetiny děvčat a více než tři čtvrtiny hochů. Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,000000001$, χ^2). Znalosti pojmu „BMI“ se rapidně zlepšují u starších dětí.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=115
Ano	68,3	51,9	47,9	70,4
Ne	31,7	48,1	52,1	29,6

Tabulka 7: Přehled odpovědí na otázku *Slyšel/a jsi někdy o poruchách příjmu potravy?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 5 % ($p=0,0171$, χ^2). Dvě třetiny dívek o PPP slyšely, u hochů polovina. Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,000773$, χ^2). V devátých třídách se tři čtvrtiny žáků s pojmem PPP už setkaly, kdežto v šestých třídách polovina ještě ne.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=101	hoši N=132	6. třída N=118	9. třída N=115
Ano	83,2	65,2	59,3	87,0
Ne	16,8	34,8	40,7	13,0

Tabulka 8: Přehled odpovědí na otázku *Znáš pojmy „mentální anorexie, mentální bulimie“?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 1 % ($p=0,00351$, χ^2). Je zajímavé, že přibližně polovina hochů na otázku, zda zná PPP odpověděla, že ne (viz tab. 7). Přesto pojmy „mentální anorexie“ a „mentální bulimie“ jsou známy 65 % hochů. Jen méně než pětina děvčat uvedené pojmy nezná. Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,00000421$, χ^2). Téměř v 90 % žáci devátých tříd oba pojmy znají, v nadpoloviční většině též žáci šestých tříd.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=132	6. třída N=117	9. třída N=114
Z knih	29,0	26,0	30,8	23,7
Z časopisů	77,0	46,6	53,4	66,4
Ve škole	51,0	50,8	42,4	59,6
Od kamarádů	38,0	25,0	22,0	39,5
Od rodiny	39,0	34,1	33,1	39,5
Z televize	76,0	73,5	66,9	82,3
Ojedinu (internet, lékař, veřejnost)	13,0	11,5	9,5	14,9

Tabulka 9: Přehled odpovědí na otázku *Odkud se dozvídáš o poruchách příjmu potravy?*
U položek uvedeny jen kladné odpovědi.

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,00000568$, χ^2) v položce „Z časopisů“, na hladině 5 % ($p=0,0473$, χ^2) v položce „Od kamarádů“. Většina děvčat odpověděla, že se o problematice PPP dozvídá z časopisů, kdežto nadpoloviční většina hochů nikoli. Kontaktům s kamarády a získávání informací od nich dávají více přednost děvčata.

Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 5 % ($p=0,0448$, χ^2) u položky „Z časopisů“, na hladině 5 % ($p=0,0124$, χ^2), škola u položky „Ve škole“, na hladině 1 % ($p=0,00616$, χ^2) u položky „Od kamarádů“, na hladině 5 % ($p=0,0116$, χ^2) u položky „Z televize“. Nadpoloviční většina žáků v šestých i v devátých třídách se o problematice poruch příjmu potravy dozvídá z časopisů. U starších dětí vzrůstá důležitost školy a vrstevníků jako informačních zdrojů. Významně posiluje vzdělávací role televize.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=94	hoši N=108	6. třída N=101	9. třída N=101
Ano	38,3	28,7	13,9	52,5
Ne	61,7	71,3	86,1	47,5

Tabulka 10: Přehled odpovědí na otázku *Jsi ve škole o problematice poruch příjmu potravy dostatečně informován/a?*

Rozdíl mezi třídami byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,00000001$, χ^2), rozdíl mezi pohlavími nikoli. Více než tři čtvrtiny žáků šestých tříd se o poruchách příjmu potravy ve škole nedozvídají, u žáků devátých tříd jde přibližně o polovinu respondentů.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=96	hoši N=104	6. třída N=101	9. třída N=99
Ano	67,7	42,3	53,5	55,6
Ne	32,3	57,7	46,5	44,4

Tabulka 11: Přehled odpovědí na otázku *Uvítal/a bys ve škole přednášky o problematice poruch příjmu potravy?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,000537$, χ^2). Děvčata by se ráda o problematice PPP dozvěděla více, kdežto chlapci jeví menší zájem. Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl zaznamenán.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=99	hoši N=132	6. třída N=117	9. třída N=114
Ano	44,4	20,5	26,5	35,1
Ne	55,6	79,5	73,5	64,9

Tabulka 12: Přehled odpovědí na otázku *Setkal/a ses, nebo znáš někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 0,1 % ($p=0,000165$, χ^2). Statisticky významný rozdíl mezi třídami nebyl zaznamenán. Většina dotazovaných se s pacientem trpícím poruchou příjmu potravy nesetkala.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=130	6. třída N=116	9. třída N=114
Zavolat do krizového centra pro PPP	35,0	36,2	37,9	33,3
Poradit se s učitelem	16,0	24,6	21,6	20,2
Poradit se doma	35,0	27,7	33,6	28,1
Jiný nápad (lékař, rozhovor, ...)	14,0	11,5	6,9	18,4

Tabulka 13: Přehled odpovědí na otázku *Jaký by jsi zvolil/a způsob pomoci při podezření na poruchu příjmu potravy u spolužáka/spolužačky?*

Statisticky významné rozdíly mezi pohlavími nebyly nalezeny, mezi třídami též ne až na možnost „Jiný nápad“, a to na 1 % hladině ($p = 0,00848$, χ^2). Starší děti by si troufaly optat se zdravotníka, nebo by se pokusily o rozhovor s nemocnou osobou.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Povahové vlastnosti nemocného	51,0	64,1	56,4	60,5
Špatné vztahy s okolím	66,0	48,1	54,7	57,0
Problémy ve škole	53,0	38,9	43,6	46,5
Problémy doma	57,0	36,6	42,7	48,2
Jiné příčiny (mýtus krásy, nemoc...)	25,0	16,8	20,5	20,2

Tabulka 14: Přehled odpovědí na otázku *Co si myslíš, že je příčinou vzniku poruch příjmu potravy?*

U položek uvedeny jen kladné odpovědi.

Rozdíl mezi pohlavími u možnosti „Povahové vlastnosti nemocného“ byl statisticky významný na hladině 5 % ($p = 0,0454$, χ^2), u možnosti „Špatné vztahy s okolím“ na hladině 1 % ($p = 0,00982$, χ^2), u možnosti „Problémy ve škole“ na hladině 5 % ($p = 0,0459$, χ^2) a u možnosti „Problémy doma“ na hladině 1 % ($p = 0,00322$, χ^2).

Prakticky polovina dotázaných dívek míní, že povahové vlastnosti nehrají jako příčina PPP roli, u chlapců tento vliv uznává 64 %. Děvčata kladou silnější důraz na špatné vztahy s okolím, problémy ve škole a doma oproti hochům.

Mezi třídami nebyly žádné významné rozdíly v odpovědích zaznamenány.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Žádné	2,0	3,1	4,2	0,9
Lehké poškození zdraví	17,0	17,6	19,7	14,9
Závažné poškození zdraví	35,0	38,8	37,6	36,8
Úmrtí	46,0	40,5	38,5	47,4

Tabulka 15: Přehled odpovědí na otázku *Jaké si myslíš, že může mít mentální anorexie následky?*

Největší procento zastoupených odpovědí u děvčat, hochů, v šestých i devátých třídách bylo, že mentální anorexie může skončit smrtí. Nejméně procent odpovědí ve všech posuzovaných kategoriích bylo, že mentální anorexie nemá žádné zdravotní následky.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=98	hoši N=129	6. třída N=113	9. třída N=114
Žádné	2,0	3,9	4,4	1,8
Lehké poškození zdraví	16,3	24,0	23,9	17,5
Závažné poškození zdraví	56,1	46,5	47,8	53,5
Úmrtí	25,6	25,6	23,9	27,2

Tabulka 16: Přehled odpovědí na otázku *Jaké si myslíš, že může mít mentální bulimie následky?*

Pětina děvčat a čtvrtina hochů zdravotní následky PPP podceňuje, podobně čtvrtina žáků 6. tříd a pětina žáků 9. tříd. Statisticky významné rozdíly mezi odpověďmi však nebyly zaznamenány.

Odpověď	% odpovídajících			
	děvčata N=100	hoši N=131	6. třída N=117	9. třída N=114
Ano	74,0	53,4	59,0	65,8
Ne	26,0	46,6	41,0	34,2

Tabulka 17: Přehled odpovědí na otázku *Myslíš si, že vzniku mentální anorexie a mentální bulimie přispívají časopisy či televize?*

Rozdíl mezi pohlavími byl statisticky významný na hladině 1 % ($p = 0,00222$, χ^2). Tři čtvrtiny děvčat si myslí, že média se na vzniku PPP podílejí, u chlapců si totéž myslí polovina. Nebyly zaznamenány významné změny názoru dle věku.

Diskuse

S výsledky a závěry tohoto výzkumu je třeba zacházet obezřetně, jde o pilotní sondu do názorů dětí na druhém stupni ZŠ ve velkém sídle a jeho okolí. Problém by si zasloužil reprezentativní multicentrické šetření.

PPP jsou v osnovách základních škol zahrnuty jen okrajově. Informovanost žáků o PPP je nízká, zvláště v šestých třídách. Zájem pedagogů o rozšíření výuky formou přednášek nebo diskusí na školách kolísá podle jejich odborného zaměření. Více ochoty věnovat se tématu PPP prokázali učitelé přírodovědných a společenských předmětů.

Je zajímavé, možná i zářející, že si žáci nedávali do souvislostí pojem „poruchy příjmu potravy“ a pojmy „mentální anorexie“ a „mentální bulimie“, což platilo jak při hodnocení odpovědí dle pohlaví, tak i dle věku.

Přibližně polovina žáků jeví vlažný či prakticky žádný zájem dozvědět se něco nového o oblasti PPP. Bylo by potřebné důrazněji oslovit děti již na předělu prvního a druhého stupně ZŠ, neboť již zde se PPP reálně vyskytují, event. se s nimi žáci setkávají ve své rodině a okolí.

Zanedbatelný není ani vliv veřejných sdělovacích prostředků. Honba za ideálem krásy, prezentace různých prostředků na hubnutí (diety, potraviny a potravinové doplňky, léky, kondiční pobyty) může mít na chování dětí a mládeže

škodlivý vliv bez náležité přípravy na takovou mediální „masáž“. Rovněž soutěže krásy a glorifikace „vyzábělých“ modelek nebo bohatě osvalených sportovců svádějí k nápodobě, zkratkovitosti a značnému zjednodušování v dětském uvažování, jednání a životním stylu.

Hodnotový žebříček rodiny, tlak trhu a konzumních mechanismů, orientace společnosti na úspěch a výkon vytvářejí závažné neurotizující momenty již od útlého věku. Děti by měly být brzy osloveny v okruhu vlastní rodiny a později ve škole nespecifickou prevencí, později (na přechodu z prvního do druhého stupně ZŠ) zaměřenou již specificky na PPP a jiné typy sociálních patologií.

Nerespektování zásad zdravého životního stylu může napáchat značné a někdy i nenapravitelné škody ve vývoji a růstu dětského organismu, nepříznivě zasáhnout do celostního pojetí zdraví.

Dospělí mají možnost volby, mohou si vybrat vlastní způsob chování a jednání na základě dosažitelných a zpracovaných informací a zkušeností. Dítěti se těchto zdrojů nedostává v potřebné míře, je mnohem více náchylné k ovlivňování, kopíruje dospělé. Ne vše ze světa dospělých je však pro ně vhodné a dobré, proto si zasluhuje naši ochranu, výchovu a péči.

Srovnání se zahraničím

Poruchy příjmu potravy představují problém ve všech vyspělých zemích, preventivní opatření se stát od státu liší. V některých zemích, například ve Španělsku či v Anglii, se prostřednictvím zákonodárných orgánů prosazuje snaha nepodporovat modelky s výraznou podváhou. Jinde jdou cestou ovlivňování tvůrců a prodejců módy, aby v masovém měřítku nenabízeli oděvy nejmenších velikostí a neupřednostňovali modely pro výrazně štíhlé postavy.

Jedním ze základních pilířů prevence anorexie a bulimie je zdravý vývoj dítěte v rodině. Při práci s klienty trpícími poruchami příjmu potravy se v jedné rodině nejednou setkávají s druhou a třetí generací posedlou zdravou výživou, perfekcionismem, výkony. Právě orientace na výkon, za nějž je poskytováno přijetí a láska, stává u zrodu těchto poruch.

V zahraničí je běžné, že preventivní programy se diskutují na profesním fóru, hodnotí se silné i slabé stránky, které se prokázaly v praxi, aby se v dalších programech autoři vyvarovali stejných chyb. Je například velmi důležité správně zacílit na určitou věkovou skupinu: co zabírá na šestnácti- a sedmnáctileté, u čtrnáctiletých nefunguje. Stačí špatně zvolený jazyk, problém, který děti dané věkové skupiny ještě nebo už neřeší, anebo prostě protagonista, který se jim nelíbí. Někdy má nehezky výkřik větší efekt než přednáška. Nezbytné je rovněž citlivě volit informace, aby se menší děti prostřednictvím preventivních programů zbytečně nedozvídaly o patologických přístupech, o nichž dosud neměly tušení.

Účinná prevence poruch příjmu potravy rozhodně nezahrnuje jenom oblast stravování, množství a složení jídla, stravovací režim a podobně. Nemůže se obejít bez takových témat, jakými jsou sebevědomí a sebehodnocení, zájmové aktivity...

Závěry

Hoši jsou významně častěji spokojeni se svým vzhledem oproti dívkám, mezi mladšími a staršími dětmi rozdíly nebyly nepozorovány. Mezi životními hodnotami nejsou významné rozdíly ani dle pohlaví (s výjimkou fyzické zdatnosti), ani dle věku dětí. Dívky a mladší žáci silněji touží po změně svého vzhledu a vlastností, hoši a starší žáci upřednostňují hodnocení ostatních dle vzhledu.

Dívky a starší děti znají problematiku a terminologii PPP podstatně lépe, informovanost o PPP v 6. třídě ZŠ je nízká, podstatně se zlepšuje až v 9. třídě ZŠ. Dívky mají lepší představu o příčinách PPP, méně připouštějí roli povahových vlastností nemocného; vliv stáří dětí nebyl zaznamenán.

Děvčata a starší žáci mají zájem o podrobnější informace o PPP ve škole formou přednášek, besed, diskusí s odborníky... Děti vnímají zdravotní rizika mentální anorexie a bulimie, nebyly však nalezeny zásadní rozdíly ani dle pohlaví, ani dle věku (děvčata a starší děti poněkud výrazněji). Z možností pomoci by děti nejčastěji vybraly kontakt centra pro řešení PPP, dále by doporučily poradu doma a poradu s učitelem, u děvčat a mladších dětí převažovalo svěření se doma, u hochů rozhovor s pedagogem.

Informovanost o PPP ve škole je nízká (zvláště v 6. třídě), bude potřebná optimalizace obsahu a forem předávaných poznatků (úměrná věku a zájmu dětí, skladbě předmětů...). V současnosti jsou PPP začleněny do osnov jen okrajově, bude nutné posílení znalostí a zájmu pedagogů o PPP.

PREVENCE I INTERVENCE JAKO PODPORA SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ DĚTÍ V RIZIKU PORUCH CHOVÁNÍ

PREVENTION AND INTERVENTION AS A TOOL FOR SUPPORTING CHILDREN'S IN RISK OF BEHAVIOUR DISORDER SOCIAL COMPETENCES

Věra VOJTOVÁ

V průběhu minulých let bylo v zahraničí i v Česku vyvinuto mnoho vysoce efektivních intervenčních programů, které jsou více nebo méně úspěšné v dosažení skutečných preventivních cílů (např. Severson, Walker, 2002; Běhounková, Vojtová, 2004; Schütz, 2005; Zejdová, Vojtová, 2007). Longitudinální studie hodnotící výsledky intervencí, dokazují jejich efektivitu a potvrzují, že čím dříve a komplexněji intervenci zavedeme, tím lepších výsledků dosáhneme (Rutherford Jr., Quinn, Mathur, 2004; Běhounková, 2007). Skutečná prevence rizik poruch chování neřeší problémy až v momentě, kdy se stanou viditelnými a obtížně řešitelnými (např. ukončení studia, porušení zákona, užívání drog a alkoholu atd.). Úspěšné preventivní programy se na problémy soustředí předtím, než chování dítěte přesáhne hranici tolerance školy nebo komunity a dojde k trestnímu postihu (Vojtová, 2008).

V našem příspěvku chceme představit koncept výzkumu, který je zaměřen na vytvoření a ověření preventivních programů u skupiny dětí ohrožených v jejich vývoji. Na výzkumu spolupracujeme na pedagogické fakultě v týmu Pavlovská M., Širůček, J., Vojtová, V. intervenční program spoluvytváří a ověřují vybraní studenti speciální pedagogiky bakalářského studijního programu. Cílem longitudinálního výzkumu je vytvořit metidiku koordinované prevence a včasné intervence, kterou lze dosáhnout žádoucích akademických výsledků a sociálních kompetencí u ohrožených dětí, zvláště u těch, kterým hrozí rozvoj antisociálního chování. Právě tuto skupinu dětí považujeme za nejvíce ohroženou patologickými jevy sociálního okolí.

Cílová skupina

Cílovou skupinou výzkumu jsou děti v riziku jejich vývoje. Mají již narušený vývoj v oblasti sociální a mnohdy i osobnostní. Jsou soudem umístěné do blíže nejmenovaného dětského domova¹ a internátu základní školy praktické. Do institucionální péče (zák. 109

Sb., 2002) se děti a mladiství dostávají ze sociálních i z výchovných důvodů (srov. zák. 359 Sb, 1999, zák. 218 Sb., 2003). Příčina narušeného fungování (ICF, 2001) tkví u každé z těchto dvou základních skupin umístovaných dětí v jiné rovině. U dětí umístěných do školských zařízení pro ústavní a ochrannou výchovu ze sociálních důvodů jde o rovinu vnější – rovinu sociálního okolí. U dětí, které jsou do ústavní a ochranné výchovy umístěny z důvodů výchovných, převažují příčiny z vnitřního prostředí – z osobnosti dítěte. K narušení rovnováhy fungování těchto dětí v přirozeném sociálním prostředí přispívají však ve většině případů důvody z obou těchto úrovní, i když v jedné z nich mohou být problémy intenzivnější, popř. mohou mít masivnější výskyt.

WHO zdůrazňuje, že právě u lidí bez postižení, s nižší přeslechopností bývá problém s chováním přímým důsledkem sociálního prostředí. Důvod těchto problémů vidí v nedostatečné podpoře, diskriminaci nebo stigmatizování (ICF, 2001). Zaměřili jsme se proto na děti, u kterých bylo důvodem pro umístění do dětského domova selhání rodiny, jejich nejbližšího sociálního okolí. Pro umístění dětí v internátu základní školy praktické bývají důvody podobné, i když jejich závažnost nezakládá důvody pro odejmutí z rodiny. Děti ztrácí přemístěním z rodiny do dětského domova mnohé (pro většinu ostatních samozřejmě) jistoty. Je to tak i u dětí v internátu. Jejich kontakt s blízkou rodinou není kontinuální. Jejich životní zkušenosti a současná životní situace narušily a *narušují jejich sociální stabilitu* a vytváří *nepríznivou predestinaci kvality sociálních vztahů* (srov. Širůček, Širůčková, 2006; Vojtová, 2008), které se mohou stát přímou příčinou problémů v chování. Do dětského domova přichází často se zkušeností s vlastním rizikovým chováním (záškoláctví, útěky...), se zážitkem stigmatizace. Málo stimulující prostředí rodiny, ze které do dětského domova přichází, limituje vývoj dítěte, snižuje jeho výkonovou kapacitu, je rizikem pro problémové chování. Jejich sociální prostředí je nestabilní a poskytuje jim negativní sociální zkušenost a špatný vzor pro modelování vlastního chování (srov. Kauffman, 2001; Vojtová, 2004; Wearmouth, Glynn, Berryman, 2005). Nejčastější důvody rozhodnutí soudu o umístění dětí do dětského domova patří situace:

1. kdy rodiče *neplní povinnosti* plynoucí z rodičovské zodpovědnosti: nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti;
2. kdy děti byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče a tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřenání dítěte do její výchovy;
3. kdy na dětech byl *spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, jejich lidskou důstojnost*, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;
4. kdy děti jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně *umístovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči* o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;
5. kdy jsou děti *ohrožovány násilím mezi rodiči* nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;
6. kdy jsou děti *žadatelé o azyl odloučenými od svých rodičů*, popřípadě jiných osob odpovědných za jejich výchovu (zák. 359 Sb, 1999);

¹ Z důvodu ochrany dat dětí cílové skupiny nemůžeme jméno instituce uvést. Přesná identifikační data archivujeme.

Tyto skutečnosti musí trvat takovou dobu nebo být tak intenzivní, že nepříznivě ovlivňují vývoj dítěte nebo mohou přímo být příčinou jeho nepříznivého vývoje. Dispoziční copingové strategie (Vodáčková, 2002) umožňují dětem se s takovou životní situací v menší nebo větší míře vyrovnávat. Ztráta kontaktu s klíčovou osobou a vyjmutí z rodiny narušuje však jejich „soubor kognitivních reprezentací“ (Širůček, Širůčková, 2006) a otevírá prostor pro rizika ve vývoji jejich chování (Heath, Sheen, 2005). Mluvíme o konceptu „Děti v riziku“ = „At-risk Youth“ (srov. Barr, Parrett, 2001; Jahnukainen, 2001), o dětech v *riziku rozvoje poruchy chování*. Rizika jsou potenciálními bariérami pro zdárné socializační procesy a vzdělávání dítěte. Prevenci jsme v našem programu proto zaměřili na předcházení vytváření těchto bariér. Intervencí se snažíme zastavit nežádoucí trendy ve způsobech chování dětí a nastolit nové modely jejich reakcí chování.

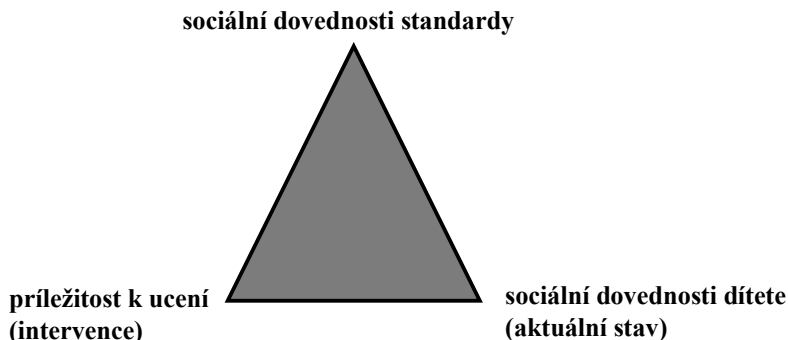
Realizace programu prevence a intervence

Program prevence a intervence bude tvořit metodická řada čerpající z dramatické výchovy. Aktivita a témata budou cíleně nastaveny na zvyšování odolnosti dětí proti negativním sociálním vlivům, na odstraňování nežádoucích modelů chování dětí, na posilování modelů žádoucího chování. Vycházíme přitom z biografie dítěte, jeho kompetencí a potencialit. Speciálně pedagogická diagnostika chování a kompetencí jednotlivých dětí nastartovala praktickou realizaci výzkumu. Pouze na základě dobré znalosti jednotlivých dětí je možné reagovat na jejich edukační potřeby, využívat jejich dovednosti a směřovat k naplnění potenciality (srov. Helus, 2004). Poznávání chování proběhlo ve dvou základních krocích. *Prvním krokem* bylo zhodnocení problému každého dítěte a vytvoření záznamu strukturovaného hodnocení problému. Vycházeli jsme přitom a) z analýzy dokumentace dětí, b) z pozorování v přirozené sociální skupině. K těmto záznamům jsme využili námi vytvořené nástroje: ad a) *rámec pro strukturované hodnocení*, ad b) *referenční seznam poruch chování*. *Druhým krokem* byla diagnostika chování ve vztahu k vrstevníkům. Měření jsme provedli a) před začátkem intervence, b) provedeme po 3 měsících aplikace intervence. Toto měření bude realizované studenty – realizátory experimentu, pedagogy žáků, externími pozorovateli – členy výzkumného týmu. *Třetím krokem* je samotná intervence.

Strategie intervenčních postupů

Rámec pro vytváření intervenčních postupů jsou tři základní východiska: sociální dovednosti jednotlivých dětí, sociální standardy dovedností, příležitost k učení. Intervenční triángl ilustruje tato východiska intervenčního procesu. Navzájem jsou vždy propojené a vymezují aktivitu intervence. Standardy srovnáváme s aktuálními kompetencemi dítěte a z takového srovnání vycházíme při konstruování situací učení. Intervenci vnímáme jako proces, který zohledňuje minulý, současný i budoucí vývoj kompetencí dítěte. Proces, který respektuje individuální schopnosti dětí. Vedle standardů a aktuálního stavu sociálních kompetencí dítěte musíme také pracovat s budoucími možnostmi dítěte (s jeho potencialitou). Pracujeme se zónami budoucího vývoje individuálního dítěte a s kvalitou vztahů v dané skupině, se zkušenostmi a s možnými příležitostmi v konkrétních životních a edukačních situacích a v sociálních sítích dítěte (srov. Störmer, Vojtová, 2006).

INTERVENČNÍ TRIANGL



Obr. č. 1 Intervenční trianl

Na jedné straně trojúhelníku stojí sociální dovednosti dítěte, jde o stav a jeho kompetence v aktuálním čase, kdy vstupuje do intervenčního procesu. Na vrcholu trojúhelníku jsou sociální standardy dovedností, které by dítě mělo dosáhnout, jde o obvyklé kompetence u dětí stejného věku. Třetí strana intervenčního trojúhelníku tvoří aktivity a podněty, kterými se v intervenci vytváří příležitosti pro učení a rozvoj sociálních dovedností dítěte. Tento rozvoj směřuje k vrcholu trojúhelníku, ke standardním sociálním dovednostem (intervenční cíle).

Tři hlavní komponenty (postupy) intervence

Dovedností (kompetenční) trénink intervence je zaměřen na: 1) sociální dovednosti (nesmíme opomíjet nedostačivost v jiných oblastech; učení a aktivity spojené se školní prací jsou cestou k posilování pocitu kompetence – vede k posilování i v sociální interakci...); 2) dovednosti a techniky pro práci v malých skupinách; 3) koordinaci skupinových aktivit.

Ad 1) Dovedností (kompetenční) trénink intervence zaměřený na sociální dovednosti
Interaktivní vztah mezi vrstevníky – vnímání pozice druhého – empatie jsou rozvíjeny následujícími aktivitami. Příklady, které uvádíme, vymezují základní rámec pro podporu dítěte v riziku. V tomto rámci si pedagog vytváří další modely konkrétních aktivit.

Příklad aktivity

Výuka sociálních dovedností SAPO – interpersonální řešení problémů:

Učíme dítě vnímat vlastní podíl na interakci (jde o jeho vlastní chování). Ukazujeme na možné důsledky dopadu modelu chování. Nabízíme další alternativy modelového chování v dané situaci. Vedeme dítě k rozhodování o vlastních možnostech jiného způsobu chování. Podporujeme je v rozhodnutí, ve volbě dalšího plánu, v hledání postupných možností a ve volbě jednotlivých kroků. Učíme dítě vytvářet a používat „strategické pomůcky“ pro zapamatování těchto kroků – signály, obrázky, rituály....

Vyhodnocujeme s dítětem jeho úspěchy v užívání zvolených strategií. Využíváme především následující procesy:

- (a) rozvoj, otázky a monitorování dovedností,
- (b) zobecňování rozsahu řešení problémů, nabídky dalších možností,
- (c) hodnocení důsledků alternativ a výběr nejlepšího plánu;
- (d) implementace plánu, monitorování výstupů a poskytnutí sebe sama zpětné vazby.

S Stop	Nepokračuj tímto způsobem. V čem je problém?
A Alternativy	Je nějaká jiná alternativa? Jaká jsou všechna možná řešení?
P Plán	Jaké je nejlepší řešení pro budoucnost? Vytvoř si plán!!!
O Ohlédni se	Ohlédni se, zda to funguje. Co dalšího můžu zkusit, když to nefunguje?

Prezentování a cílené hodnocení

Děti s problémy v chování (v riziku poruch chování) nebývají dobře akceptovány svými vrstevníky, potřebují příležitost demonstrovat svoji schopnost a být ohodnoceny. Pro posílení kompetencí volíme aktivity, které posilují jejich sebehodnocení a sebevědomí. Rozvíjí účinky sebekontroly. Podporou prezentování vlastních výsledků vytváříme v dítěti potřebu řídit vlastní chování. Využíváme především následující procesy:

P Popis	Představení výsledku činnosti, hry; může být podpořeno popisem průběhu činnosti
O Obhajoba	Obhájení své cesty, názoru: Proč si myslím, že jsme dospěli k tomuto výsledku.
P Pochvala	Pozitivní zpětná vazba: Co na naší činnosti bylo prima, za co se můžeme pochválit?
O Orientace	Označení momentů, které by příště měly být řešeny jiným způsobem, jak je budeme řešit. Orientace pro budoucí řešení.

Ad 2) Trénink dovedností a technik pro práci v malých skupinách

Děti v riziku poruch chování mívají potíže v interaktivních aktivitách – ve spolupráci, v naslouchání a ve společném usilování o jeden cíl. Pro trénink hledáme zpočátku aktivity ve dvojicích, s škodobými cíli. Po úspěšném zvládnutí postupujeme ke spolupráci ve skupině tří a více dětí. Dítě, které je neúspěšné ve dvojici, potřebuje zpočátku vést pedagoga. Po zvládnutí aktivity ve dvojici s pedagogem, může navázat na spolupráci s vrstevníkem.

Ad 3) Koordinace skupinových aktivit

Veškeré aktivity musí být koordinované pedagogem. S naplánovanými aktivitami děti seznámí. Srozumitelně, jasně a adresně rozdělí úkoly, zadá pokyny, určí začátek a konec aktivity. Zjistí, zda všechny děti jasně rozuměli instrukcím. Může se stát, že v průběhu činnosti dojde k nejasnostem, ke zmatkům, pak musí pedagog aktivity přerušit a instrukce zpřesnit.

Tři hlavní zásady intervence

Při intervenčních aktivitách se držíme třech zásad: 1) orientujeme sebe i dítě na úspěch; 2) otevřeně s dítětem komunikujeme, interaktivní činnosti jsou oboustranné; 3) poskytujeme dítěti vždy zpětnou vazbu.

Ad 1) Orientace na úspěch

Vycházíme vždy z aktivit, které jsou dětem blízké. Orientujeme jejich pozornost na činnosti, které se jim daří. Povzbuzujeme je v jejich opakování a rozšiřujeme příležitost k zažívání radosti z aktivit.

Ad 2) Otevřená interakce

Důležité je vzájemné vnímání postojů a reakcí všech účastníků aktivit. Pedagog reaguje na impulzy dětí, reakce a postoje v jejich vzájemných vazbách. Nejde o „řízení“ aktivit dětí, ale o facilitaci, nabídku, motivaci, provokaci, vyzývání. V mysli však máme stále aktivní zapojení dětí. Pedagog na postoje dětí reaguje další nabídkou a výzvou. Aktivitu dětí jsou v tomto případě impulzem pro další kreativitu pedagoga ve smyslu rozvíjení nápadů iniciovaných dětmi.

Ad 3) Zpětná vazba

Zpětná vazba má informativní charakter. Informace o úspěšnosti a efektivitě aktivity směřují k příjemcům ve dvou základních úrovních:

- ▶ k dítěti – pedagog jej vede k verbálnímu vyjádření vlastních pocitů a hodnocení aktivit, které proběhly;
- ▶ k pedagogovi – pedagog spolu se skupinou zhodnotí průběh aktivit, písemnou formou si shrne průběh intervence (aktivit) z vlastního pohledu, interpretuje pohledy dětí a specifikuje body pro další směřování intervenčních aktivit – pro plány.

Zpětnou vazbu orientujeme na úspěchy, na aktivity a prožitky, které se dařily a plnily očekávání. Mapujeme také nedostatky, jejich identifikace slouží především pro přehodnocení dosavadní intervenční strategie a vytvoření nových příležitostí.

Intervenční aktivity provází vědomí:

- ▶ že dítě musí být samo aktivní; bez jeho aktivního přístupu by jakékoli příležitosti vyšly naprázdno;
- ▶ že aktivita dítěte je iniciována, posilována a udržována příležitostmi (podněty, stimuly) a významem této příležitosti pro vlastní prožívání (zpětnou vazbou);
- ▶ že dítě si s sebou nese vlastní zkušenosti ze sociální interakce z jiných prostředích;
- ▶ že dítě a jeho chování ovlivňují zkušenosti z interakce přijímané od pedagogů a vrstevníků (srov. Helus, 2004; Říčan, 2004; Vojtová, Bloemers, Johnstone, 2006).

V době psaní našeho příspěvku jsme v počátcích našeho výzkumu. Proběhla fáze diagnostická a metodická řada intervenčního programu je ve fázi vývoje. Za dětmi dojíždíme pravidelně jedenx týdně a v průběhu intervenčních aktivit s nimi pracujeme. Ve druhé polovině roku 2008 plánujeme dokončit metodickou řadu intervence, provést speciální diagnostiku a analyzovat průběh a efektivitu intervence. O našich závěrech budeme veřejnost informovat.

Výzkum probíhá v rámci výzkumného záměru Pedagogické fakulty Masarykovy Univerzity, id. č. MSM0021622443 „Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání“, prof. PhDr. Marie Vítkové, CSc.

JAK PŘIPRAVIT ŽÁKY A JEJICH RODIČE NA NEBEZPEČÍ PLYNOUCÍ Z ROZVOJE TELEKOMUNIKACÍ A ZEJMÉNA INTERNETU

HOW TO PREPARE PUPILS AND THEIR PARENTS TO THE DANGERS ARISING FROM THE DEVELOPMENT OF TELECOMMUNICATIONS AND IN PARTICULAR THE INTERNET

Jiří STRACH

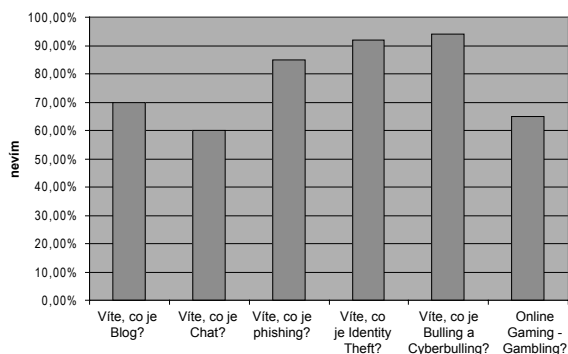
Je třeba si uvědomit že, v současné době probíhá bouřlivý vývoj nejrůznějších služeb telekomunikačních sítí, které využívají zejména mladí lidé. Smazává se rozdíl mezi počítačem mobilním telefonem a různými typy notebooků a komunikátorů. Vzniká celá řada nových služeb a nebezpečí na internetu, jako jsou Blog, Moblogs, Chats, Phishing - Identity Theft, Online Gaming – Gambling, Commerce, Child Pornography, Bulling a Cyberbulling. Ani učitelé, ani rodiče nejsou podle našich výzkumů vůbec informováni o těchto nových formách komunikace a o rizicích plynoucích z těchto nových služeb. Naproti tomu znalost žáků základních škol o využití těchto služeb je vysoká.

Na základě výzkumu na pěti základních a třech středních školách v Brně byla získána následující data zobrazená na grafech. Celkem internetový dotazník vyplnilo 563 žáků a 103 učitelů. Rodiče odpovídali na otázky pomocí tištěných dotazníků a celkem jsme od nich získali 308 dotazníků.

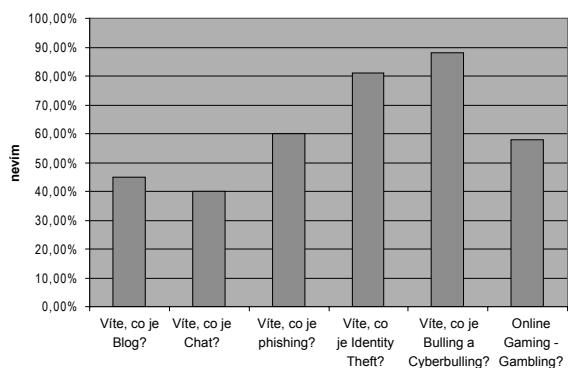
Blog

Jaká rizika přináší publikování pomocí „**blogu**“? Je to nebezpečí odhalení osobní adresy, která může být zneužita napříč celým světem a použita pro osobní identifikaci ve službách, jako je Commerce, Identity Theft a dalších, blogy mohou být používány dětmi, adolescenty i dospělými pro publikování nevhodného obsahu pro celý světě.

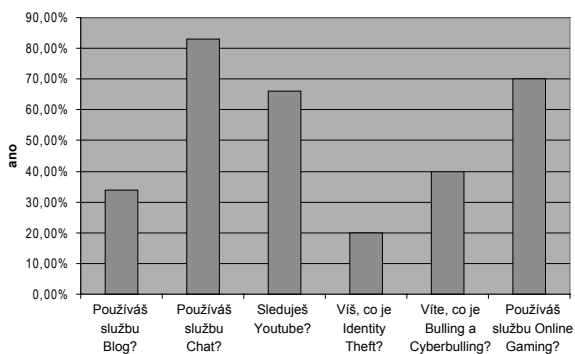
Znalosti rodičů: víte o nebezpečích, které hrozí vašim dětem z následujících služeb a vlivů



Znalosti učitelů: víte o o nebezpečích, které hrozí jejich žákům z následujících služeb a vlivů



Využití služeb žáky 9. tříd základní školy



Co je **Bullying & Cyberbullying**? Je to rozšiřování agresivního chování pomocí internetu opakující se v čase a umocňující doporučující zneužití síly a moci. Jak se objevuje? Je obsaženo v různých formách mezi dětmi a adolescenta a publikováno např. na <http://www.youtube.com/>. Z čeho vyrůstá? Někteří lidé si myslí, že násilí (**Bullying**) je součástí dospívání a že je to cesta, jakou se mohou mladí lidé sami zbavit slabosti. Na internetu se projevují různé formy jako:

- Slovní zastrašování – urážky, pomlavy, diskreditace jména
- Působení na psychiku – případy kdy se podaří vzbuzovat hrůzu, velké obavy, strach například o zdraví, peníze, život.
- Hrozba fyzickou agresí – destrukce materiální a fyzická likvidace.
- Znemožnění cizí osoby pomocí filmu, fotografií v choullostivých situacích.
- Sociální izolace bránění určité osobě v účasti na různých aktivitách a organizování ignorování její přítomnosti
- Rasistické zastrašování určité etnické skupiny nebo minority.

Co je kybernetické zastrašování (cyber bullying):

- Zasílání e-mailů se zastrašujícím obsahem
- Umísťování obrázků s agresivním a nevhodným obsahem pomocí blogu, nebo na portále typu Youtube.
- Používání ukradené identity pro počítačovou kriminalitu a bulling
- Opakované tiché volání, nebo volání s výhružným obsahem

Identity theft

Je termín, který se používá pro krádež peněz nebo jiných výhod někoho jiného, pomocí získání informací o jeho osobě s použitím internetu. Tento termín je poměrně nový, ale velmi aktuální, neboť pomocí internetu je pro schopného odborníka poměrně jednoduché někomu identitu ukrást. Ukradená identita se pak používá pro počítačovou kriminalitu.

Online gaming & gambling

Online gaming zahrnuje soubory her hraných na prostřednictvím internetu. Častým počátečním motivem účastníků hry je vedle zábavy přesvědčit se, že vynikají nad průměr, a to nejen ve svém okolí, ale v celosvětovém srovnání. Hry jsou často bojové a vedou zejména u dětí a adolescentů ke ztrátě reálného hodnocení násilí a agresivity. Účastníci hry často ztrácejí schopnost rozlišovat mezi reálným světem a virtuální realitou cyberprostoru. Vznikají virtuální spojení a při postupném vzniku závislosti se hráč stále více propadá do světa virtuální reality, ztrácí kontakt s reálným světem, opouští přátele, přestává komunikovat s rodinou, věnuje hře veškerý volný čas který často protahuje dlouho do noci. Jeho pracovní a školní výkonnost v důsledku únavy a nezájmu o reálný svět klesá. Dlouhé sedění před obrazovkou může způsobit a často také způsobuje různé zdravotní potíže.

Online gambling umožňuje prostřednictvím internetu pěstovat tisíce let starou aktivitu: pomocí sázení a hazardních her získávat rychle finanční nebo materiální prostředky. Anonymita sázek na sportovní zápasy, koňské dostihy, volby a další události v celosvětovém měřítku bez možnosti institucionální kontroly umožňuje hráčům provozovat

tuto aktivitu z domova, aniž by často rodina a přátelé o vznikající závislosti hráče na sázení nebo hazardních hrách věděli.

Mezi gamingem a gamblingem je zásadní rozdíl: oba mohou vést k těžké závislosti, gambling však může vést k osobní a finanční destrukci nejen postižené osoby, ale celé rodiny.

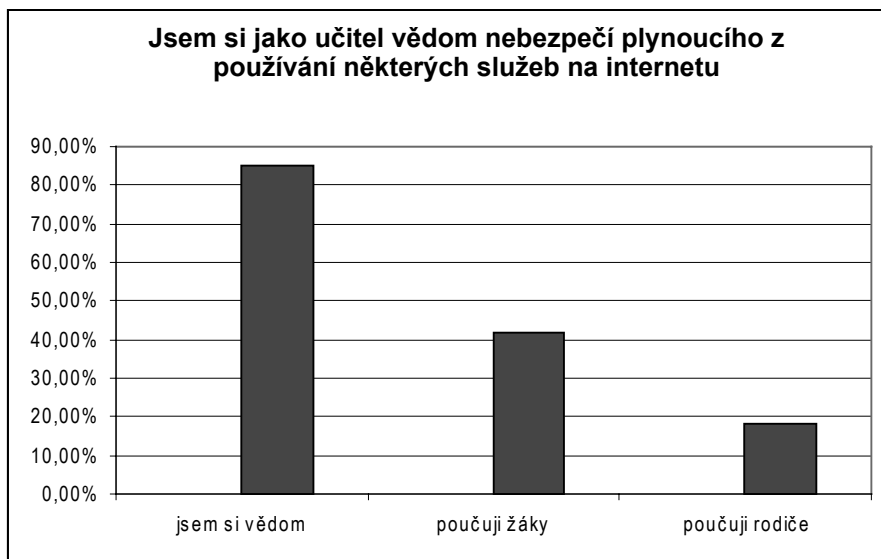
Rasismus na internetu

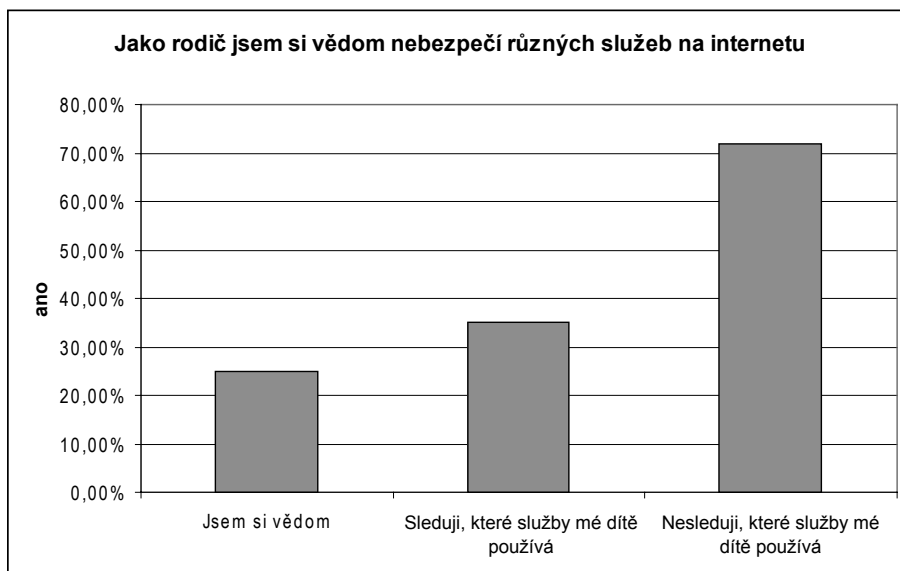
roste v současné době roste na celém světě, stejně jako rasistická hnutí a xenofobie. Velmi účinným prostředkem pro šíření těchto nálad je právě internet. Prostřednictvím blogu, diskusí, specializovaných stránek a necenzurovaných publikací se snaží rasistická uskupení i jednotlivci šířit rasistickou propagandu a rasisticky zaměřené texty, obrázky, hudbu a video. Přestože většina demokratických států má zákony kriminalizující takové projevy, anonymita internetového prostředí šíření těchto materiálů umožňuje.

Social networking

Sociální sítě jsou komunity lidí kteří vyhledávají a uskutečňují své zájmy a aktivita prostřednictvím internetu. Mnohé sociální sítě zprostředkovávají kontakt mezi jednotlivými členy sítě pomocí bohaté nabídky komunikačních prostředků, jako jsou e-maily, blogy, diskusní skupiny video, filesharing, voice chat a další. Častou podmínkou účasti nových členů ve skupině je poskytnutí osobních dat, zájmů fotografií a dalších osobních informací. Skupiny jsou často organizovány jako virtuální komunity, ve kterých jsou možná přátelství, navázání velmi intimních virtuálních vztahů, včetně virtuálního sňatku.

Jako každý druh virtuální komunikace i tato přináší rizika: jde o veřejný virtuální prostor, do něhož se mohou zařadit děti, adolescenti i dospělý, obsah komunikace je přístupný po celém světě. Je zde riziko „online dravců“, zneužití identity a propagace nevhodného nebo nebezpečného obsahu (např. rasismu).





Základní pravidla, která by učitelé měli žákům vštěpovat

1. Nikomu nesdělovat své osobní údaje ani údaje rodičů, spolužáků a přátel. Dříve to požadoval „ten ošklivej strejda“ výměnou za bonbónek, dnes je nebezpečí úniku takových informací „mezi řečí“ na počítači či po telefonu mnohem vyšší.
2. Uvědomovat si, že totožnost lidí, se kterými po Internetu nebo po telefonu člověk koresponduje, není nikdy jistá.
3. Jakákoliv nečekaná výzva k osobní schůzce by měla být posuzována jako podezřelá a zejména v případě dětí striktně odmítnuta. Sem bychom mohli zařadit i výzvy k zobrazení přes webové kamery.
4. Pokud se dítěti při práci s počítačem nebo mobilním telefonem stane něco nezvyklého nebo nepříjemného, mělo by být dítě informováno, aby se automaticky a neprodleně obrátilo na rodiče nebo jiného dospělého, kterému důvěřuje. Může to být cokoliv – od „verbálních sexuálních hrátek“ obvyklých na různých chatech až po pokus proniknutí k rodinným financím. Nepodceňujme mobilní telefony. Nejsou to dnes přece již jen „trochu vylepšené napodobeniny těch černých bakelitových skříněk se sluchátkem na kroucené šňůře“. Současné mobily již zprostředkovávají přístup na Internet – proto nebezpečí hrozící počítačům de facto hrozí i mobilům (nebo přesněji přes mobily).
5. Mnohem silnější by měla být role rodičů a vychovatelů. Tak jako o bezpečném přecházení vozovky by měly být děti informovány i o nebezpečí, která na ně číhají při výměně informací přes jakákoliv média.
6. V neposlední řadě by neměla být zanedbávána ekonomická stránka věci – zejména u rodin, kde je připojení takového typu, že cena odpovídá délce práce s Internetem. Ovšem to není všechno – leckde je cena závislá i na objemu přenesených dat (nad určitý paušální objem se další megabyty platí). Spíše opomíjena jsou i zdravotní

rizika – fyzická i psychická – vyplývající z vysedávání u počítače. Ani otázka působení mobilních telefonů na organismy, zejména vyvážející se dětské, není plně a uspokojivě vysvětlena.

7. Opatrnosti je nutno dbát i z pozice „druhého břehu“. Pokud vytváříte jakékoliv stránky, prezentace a jiné zveřejňované informace týkající se dětí, je třeba brát na zřetel jejich speciální právní status quo ... například ani stránky s fotografiemi z dětského prázdninového tábora by neměly obsahovat obrázky dětí bez explicitního souhlasu jejich rodičů. Totéž ovšem platí třeba i pro posílání snímků pořízených mobilním telefonem! Alarmující jsou zjištění, že děti se snadno nechají přemluvit ke schůzkám, o kterých dospělí neví (považují je za svou osobní záležitost) a také nemají zábrany při zveřejňování identifikačních údajů.

Rady pro rodiče jak předcházet nebezpečí plynoucí z Internetu

Co signalizuje nebezpečí?

1. Dítě se stává tajnůstkářským. Chce být u počítače samo a skrývá své aktivity. Odmítá si vámi popovídat na téma „co nového na Internetu“.
2. Dítě vaše dotazy odbývá tvrzeními, že vám „do jeho aktivit nic není“ a že „byste tomu stejně nerozuměli“ (ruku na srdce – odkudpak tyhle formulace má?).
3. Na počítači se objeví zdánlivě nemotivované „podivné“ programové vybavení, které obvykle není potřeba (nástroje pro hackery, programy pro „rozlomení“ a kopírování CD a DVD... atd).
4. Stopy své činnosti dítě maže (mizí obsah poštovní schránky včetně koše a složek s odeslanou poštou, složka historie prohlížení Internetu je prázdná...)
5. Podezřelé mohou být neodůvodněné aktivity vázané na zcela určitý čas (den, hodinu, minutu).
6. Pokud je dítě v zajetí mobilní komunikace, může být znepokojivý vzrůst požadavků na financování této záliby.
7. Ovšem pozor – domov není jediným místem, kde se vaše dítě může připojit na internet. Děti se připojují online nejen z osobních počítačů doma, ale také ze školy, od přátel nebo z internetových kaváren.

ZÁVISLOST NA PRÁCI (WORKOHOLISMU): PSYCHOLOGICKÉ A PEDAGOGICKÉ CHARAKTERISTIKY

DEPENDENCE ON WORK (WORK HOLISM): PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CHARACTERISTICS

Evžen ŘEHULKA

Dnešní doba je charakterizovaná řadou znaků, ale jeden z podstatných představuje snaha o výkonnost, či přímo snaha o maximální výkonnost. Současný člověk v naší kultuře chce dosahovat velkých výkonů: chce být úspěšný, bohatý, vzdělaný, silný, zdatný, chce podávat výkon v práci, se kterou se ztotožňuje, chce být výkonný ekonomicky i sexuálně či ve sportu. Na samotné snaze o výkon není nutno shledávat nic špatného, ba naopak snaha o dobrý výkon je pozitivní vlastností osobnosti člověka. Problémy začínají, jakmile se maximální výkon stane kritériem úspěchu, často bez toho, že bychom přihlíželi k tomu, jaký cíl vlastně sledujeme a jakou cestou k němu docházíme. Z určitého pohledu můžeme říci, že nejde o kritéria kvalitativní, ale pouze kvantitativní. Výkonnost z tohoto hlediska zpravidla člověka neobohacuje. Základním výsledným prožitkem je zde pocit výhry nebo prohry.

Slovník jazyka českého definuje výkonnost jako „schopnost podávat výkon“ či poněkud rozšířeněji „schopnost jedince podávat v daném čase určité kvantum (objem) práce, kvantifikovatelné pomocí různých kritérií (pracovní, sportovní výkonnost)“ (Slovník naučný 1989). Od výkonnosti bychom měli odlišit termín „práceschopnost“, který vyjadřuje pouze potencionální možnost pracovat, zatímco „výkonnost“ již v sobě obsahuje určité cílové tendence. Práceschopností a výkonností žáků ve vyučovacím procesu se u nás zabýval slovenský psycholog L. Ďurič (1965, 1975).

Výkonnost i práceschopnost souvisí se soutěživostí. Soutěživost znamená úsilí o nejlepší výkon před druhými. Určitá forma soutěživosti může být i individuální, kdy si jedinec klade stále vyšší cíle a snaží se je dosahovat, případně se za ně odměňovat. Soutěživost může být zdravá, pokud respektuje etické normy sociálních vztahů, ale může se také dostat až do poloh, kdy se ze soutěživosti stane

soupeřivost, jednání je agresivní, nepřátelské, do hry se dostávají negativní emoce a neakceptují se společenská a etická pravidla.

K této tématice má blízko slavná teorie „chování typu A“, kterou publikovali roku 1974 Friedman a Rosenman. Vycházeli z výzkumu kardiologických pacientů, kde zjistili, že lidé, kteří mají kardiovaskulární potíže, mají rovněž některé velmi podobné osobnostní charakteristiky. Byly to lidé snažící se o vysokou výkonnost, soutěživí, plně se angažující, podávající velké výkony a rezignující na odpočinek na jedné straně a nevnímají stres na straně druhé. Jejich soutěživost přerůstala do soupeřivosti, zrychlené psychomotoriky, dominance, netrpělivosti, agresivity a nepřátelství. U těchto lidí byl prokázán větší výskyt kardiovaskulárních obtíží. V protikladu k typu A byl zmíněnými autory popsán typ B, který měl vykazovat relativně opačné osobnostní charakteristiky. Později byl badateli pracujícími na onkologických odděleních vymezen ještě typ C. Podle J. Křivohlavého (2001) jedinci osobnostního C-typu jsou přátelští, submisivní, ochotně spolupracují a obvykle nemívají konflikty. Dovedou také potlačovat negativní pocity a dobře snášejí tělesné nesnáze.

O výkonnosti, praceschopnosti, soutěživosti atd. musíme mluvit, chceme-li dobře pochopit problém závislosti na práci, který se nazývá také workoholismus. Jde o specifickou formu závislosti, ale ve svých mechanismech stejnou jako jsou ostatní závislosti např. na alkoholu, na drogách, na hazardních hrách atd. Závislost na práci někdy vyvolává klamný dojem, že je spojena s velkým výkonem, usilovnou činností, jež vede až k přepracovanosti a volnímu vypětí, které sleduje vysokou motivaci, tedy, že jde o pozitivní charakteristiku osobnosti. Jestliže se však jedná o skutek o závislost na práci, tedy workoholismus, je situace jiná: práce je pouze předmětem, cílem, který je navíc ve svých znacích deformován, ale hlavním problémem je zde závislost. Jak se závislost chápe?

Pro naše potřeby můžeme modifikovat definici závislosti podle MKN-10, jak je uvedena v Höschlově (2004) učebnici psychiatrie: syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, třídy látek nebo zaměření na určitou činnost má u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je silná touha brát určité látky či věnovat se určitému činnosti.

Naše úprava Höschlovy definice souvisí také s tím, jak říká J. Křivohlavý (2001), že rozlišujeme dva druhy závislosti, a to:

- **substanční závislost (ingestivní);** jde o závislost na určitých látkách – drogách (např. na alkoholu, nikotinu, halucinogenech atd.);
- **procesuální závislost;** jde o závislost na určitém druhu činnosti např. na hazardních hrách, na počítači, na práci.

¹ Z důvodu ochrany dat dětí cílové skupiny nemůžeme jméno instituce uvést. Přesná identifikační data archivujeme.

K. Nešpor (1999) ve své publikaci o závislosti na práci cituje amerického odborníka v oblasti managementu G. Portera, který uvádí, že podobně jako u jiných závislostí i u závislosti na práci lze rozpoznat následující rysy:

- problémy s identitou, tedy nadměrné ztotožňování se s prací;
- nepružné, rigidní myšlení;
- odvykácí potíže projevující se nepohodou v situaci, kdy člověk z nějakého důvodu nemůže pracovat;
- stupňování problému, tedy jinak řešeno progresivní vývoj, jestliže si člověk problém neuvědomí a nezačne s ním něco dělat;
- popírání problému.

Všechny závislosti mají především negativní důsledky:

- narušují rozvoj osobnosti;
- zhoršují zdravotní stav;
- narušují sociální vztahy;
- přinášejí ekonomické komplikace;
- snižují osobnostní kompetence.

Nyní se již můžeme pokusit o definici závislosti na práci a vymezit ji jako *silnou touhu (craving, „bažení“)* věnovat se pracovní činnosti a pracovním úkolům, přikládat jim nekriticky mimořádnou hodnotu, upřednostňovat je nad všechny ostatní aktivity, neakceptovat zdravotní ani sociální kritéria a věnovat větší pozornost průběhu práce než jejím výsledkům; při nemožnosti věnovat se práci dochází k nepříjemným emocionálním stavům.

Dobře problematiku workoholismu ilustrují otázky dotazníku, který má zjišťovat závislost na práci, přičemž podezření na tuto závislost vzbuzují již tři kladné odpovědi (K. Nešpor 1999):

- 1) Míváte často velmi intenzivní touhu a puzení pracovat?
- 2) Ve vztahu k práci se špatně ovládáte (nepřiměřeně do ní spěcháte, nevíte, kdy přestat, nebo chcete stihnout příliš mnoho)?
- 3) Když nemůžete třeba i kratší dobu pracovat, cítíte silnou nepohodu a duševní problémy, před nimiž utíkáte k další práci?
- 4) Vnitřně vás to nutí stále zvyšovat množství času stráveného v práci?
- 5) Zanedbáváte soustavně jiné potěšení a zájmy jen proto, abyste mohl pracovat?
- 6) Pokračujete v práci i přes jasné důkazy toho, že to škodí vašemu zdraví nebo to ohrožuje jiné pro vás důležité hodnoty?

V odborné a populární literatuře se uvádějí různé typy jedinců závislých na práci. K. Nešpor (1999) ve své publikaci popisuje – inspirován S. Poppelreuterem – šest typů, které zábavně označuje jako „velikáš“, „dobrák“, „pedant“, „rozpolcenec“, „startér“ a „šprt“, takže již z těchto označení je patrný jejich zvláštní vztah k práci.

Pokusili jsme se rovněž vytvořit podobnou typologii, která je určována cíli v pracovní činnosti, jež se dostávají mimo psychohygienickou normu a mohou narušovat zdraví v jeho vymezení podle WHO, jako „stavu plné tělesné, psychické a sociální pohody“. Můžeme zde rozeznávat typy, pro něž je dominantním cílem:

- „maximum“
- „dokonalost“
- „přesnost“
- „mít vše pod kontrolou“
- „být chválen“
- „nebýt kárán“
- „vyrovnat se se špatným systémem“
- „kompenzace“

Domníváme se, že i tato typologie je natolik jasná, že ji nemusíme ilustrovat příklady.

Od „workoholismu“ bychom měli odlišovat pracovní usilovnost; hlavní kritérium vidíme v racionálně stanoveném cíli při pracovní námaze a v orientaci na konkrétní výkon či výsledek. Jedno z velmi důležitých diferenciativně diagnostických kritérií při závislosti na práci je ta skutečnost, že workholik zpravidla nevykazuje žádné mimořádné pracovní úspěchy a jeho námaha neodpovídá výsledkům.

Analýza „závislosti na práci“ má také blízko k otázkám přetěžování, což je problém, který se někdy diskutuje i ve školství. Některé školské koncepce nabízejí svůdné programy, kde postulují učení pouze jako „hru“, kdy vědomosti a dovednosti jsou získávány bez jakékoliv námahy. Je to složitá problematika a nesmí se zjednodušovat a při každé diskusi si nejprve musíme ujasnit „co“ chceme naučit, „koho“ a „jak“. Učení může být hrou, ale současně je také nutno chápat je jako práci. Z této teze, bohužel, vzniká za určitých situací zcela reálný fenomén přetěžování. Přetěžování, kladení velkých nároků na jedince ve školním věku můžeme chápat jako zadávání nadbytečných úkolů žákovi, které může dlouhodobě zvládat jen s mimořádným vypětím sil a které narušují jeho tělesnou, psychickou a sociální pohodu. Přetěžování může být jedna z příčin pozdějšího workoholismu. Jako další rizikové faktory či situace z dětství, které mohou vést k rozvoji této závislosti, uvádí K. Nešpor (1999):

- nadměrnou aktivitu s poruchami pozornosti u dětí
- děti, které musí předčasně plnit povinnosti dospělého
- závislost na práci u některého z rodičů

Další okruhy příčin závislosti na práci mohou být v osobnosti jedince, ve stylu rodinného života a v neposlední řadě také v zaměstnání či škole. K. Nešpor (1999) přímo uvádí, že „bychom neměli zapomínat na celkovou atmosféru ve společnosti. Společnost, která je zaměřena především na výkon, úspěch za každou cenu a na hromadění peněz, musí počítat s tím, že bude produkovat lidi závislé na práci“. Z tohoto pohledu má workoholismus jeden ze znaků, kterými se odlišuje od ostatních závislostí: bývá

často pozitivně hodnocen a v některých situacích je výrazem žádoucích osobnostních charakteristik či dokonce výchovných cílů.

Prevence a léčba závislosti na práci se obecně řídí pravidly, s nimiž v oblasti závislosti pracujeme. Protože, jak jsme uváděli výše, má závislost na práci často kořeny v raném věku nebo v nevhodné výchově, můžeme se na závěr pokusit formulovat některé obecné zásady prevence zejména pro rodiče a učitele, které by se měly promítat do jejich výchovy, event. sebevýchovy:

- práce a výkon nejsou nejdůležitějšími hodnotami v životě
- umět ocenit sociální vztahy a spolupráci
- mít praktické dovednosti pro zdravý životní styl
- věnovat se pohybu tak, abychom z něho měl radost
- mít na paměti, že v životě máme hledat smysl, štěstí a pohodu.

ABSTRAKTA

HODNOCENÍ EFEKTIVITY PREVENCE NA ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH A POŽADAVKY NA ZMĚNY A NOVÉ PŘÍSTUPY

ASSESSMENT OF THE PREVENTION AT BASIC SCHOOLS AND REQUEST TO CHANGING AND NEW APPROACHES

Tomáš ČECH

Klíčová slova: Škola, primární prevence rizikového chování, minimální preventivní program, Rámcový vzdělávací program, školní vzdělávací programy, zdravý životní styl

Key words: Basic school; hazardous behaviour; prevention of hazardous behaviour; evaluation of prevention activities in schools

Anotace: Příspěvek zhodnocuje aktuální stav realizace prevence na základních školách ve vztahu k primární prevenci rizikového chování a přináší návrhy konkrétních možných změn, které by mohly vést ke zlepšení dílčích deficitů.

Annotation: In the text the current state of prevention activities at basic schools is evaluated with regard to primary prevention of hazardous behaviour. Concrete steps are defined that could lead to improving partial deficiencies.

POHLED STUDENTŮ MASARYKOVY UNIVERZITY NA PREVENCI PATOLOGICKÝCH ZÁVISLOSTÍ

MASARYK UNIVERSITY STUDENTS' POINT OF VIEW AT PREVENTION OF PATHOLOGICAL ADDICTIONS

Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ

Klíčová slova: Dotazník, návykové látky, prevence, student, studie, patologické závislosti, univerzita, web

Key words: *Questionnaire, habit-forming substantions, prevention, student, survey, pathological addictions, university, web*

Anotace: *V roce 2007 byla realizována anonymní dotazníková studie mapující zkušenosti studentů s primární prevencí patologických závislostí. Pomocí webové aplikace byli osloveni prezenční studenti všech fakult Masarykovy univerzity, dotazník vyplnilo 2176 respondentů. Z výsledků studie vyplynulo, že 2 z 10 dotazovaných studentů se setkali na MU s prevencí závislostí, a to nejvíce na fakultě pedagogické, informatiky, lékařské, přírodovědecké. Obdobně se pouze 2 z 10 oslovených respondentů setkali s prevencí na MU v rámci výuky, jen několik málo procent pak ještě na kolejích, různých vzdělávacích a zájmových akcích pořádaných Univerzitou. Desetina vyšetřovaného souboru byla prevencí závislostí na MU oslovena ve výuce povinných a volitelných předmětů, 2 % v povinně volitelných předmětech; nejčastěji šlo o studenty fakulty pedagogické, přírodovědecké, informatiky a lékařské.*

K preventivnímu působení na studenty MU jsou využívány zejména monologicky vedené přednášky, řídké přednášky s diskusí a zapojení do mimouniverzitních preventivních programů, velmi málo besedy s odborníky, návštěvy v léčebných zařízeních pro závislé a účast na uměleckých a sportovních akcích. Více než tři čtvrtiny souboru odpověděly, že se univerzitní preventivní aktivity týkaly především problematiky alkoholismu a tabakismu, pouze 10 % vzorku získalo zkušenost s komplexně pojatou prevencí patologických závislostí. Prakticky 9 z 10 dotazovaných studentů míní, že jde spíše o preventivní aktivity ojedinělého charakteru, schází jejich návaznost a systematičnost.

Více než polovina sledovaného souboru považuje univerzitní prevenci závislostí za cílenou a užitečnou, třetina nedovede zaujmout stanovisko, desetina se vyslovuje úrovní prevence kriticky (nejasné zaměření, neužitečnost, dokonce ztráta času). Podle názoru 9 z 10 odpovídajících je věnován primární prevenci závislostí na Univerzitě nedostatek času, obdobně respondenti vypovídají o pestrosti nabídky preventivních aktivit na MU.

Annotation: *In 2007 an anonymous questionnaire study mapping the students' experiences with primary prevention of pathological dependencies was carried out. With the assistance of web application, full-time students from all faculties of Masaryk University were addressed, the questionnaire was completed by 2176 respondents. The results show that 2 of 10 asked students met the addiction prevention topic, mostly in Faculty of Education, Informatics, Medicine and Science. Similarly, only 2 of 10 asked respondents met the prevention topic within the lectures, only few per cent of students also in halls, during various educational and outside interest action organised by university. Tenth of students were addressed by the addiction prevention within the obligatory and facultative lectures, two per cent of students in obligatory optional lectures – they were mostly from Faculty of Education, Science, Informatics and Medicine.*

With regard to preventive impact on MU students, especially the monologue lectures are applied, rarely the lectures with discussion and participation in after-university preventive programmes, hardly ever forums with experts, visits in therapeutic institutions for drug addicts and parting in artistic and sport events. More than three

quarters of asked students answered that university prevention activities involve only alcoholism and nicotine, only 10 per cent of respondents had the experience with complexly conceived pathological addictions prevention. For all practical purposes, 9 of 10 questioned students mean that these are only isolated preventive activities, there is no succession and systematicness.

More than half of respondents consider the university addiction prevention as pointed and useful, third of them cannot take an attitude, the commentary about prevention of tenth is rather critical (unclear focus, usefulness, even time loss). According to the opinion of 9 of 10 respondents, there should be more time given to addictions primary prevention in Masaryk University, it should be more varied and attractive as well.

PROGRAMY PRIMÁRNÍ PREVENCE ZAMĚŘENÉ NA OMEZOVÁNÍ KOUŘENÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

PRIMARY PREVENTIVE PROGRAMMES WITH THE FOCUS ON ANTI-TOBACCO EDUCATION FOR CHILDREN AND YOUNG PEOPLE

Iva ŽALOUĐÍKOVÁ,

Klíčová slova: *prevence kouření, závislost, drogová závislost, programy primární prevence, legální drogy.*

Key words: *tobacco prevention, addiction, drug abuse, primary preventive programmes, legal drugs.*

Anotace: Článek přibližuje příčiny vzniku závislosti na nikotinu. Zabývá se možnostmi prevence a efektivitou primárně preventivních programů pro děti ve škole. Efektivní preventivní programy jsou zaměřeny nejen na zvýšení znalostí, ale také na postoje žáků a chování i na eventuální změnu chování. Je doporučováno využívat mimo peer-programů i nácvik činností důležitých pro život jako: schopnost posilovat a chránit si zdravé sebevědomí, sociální dovednosti (komunikovat, dovednost rozhodovat se), dovednost bránit se tlaku užívat drogu (umění odmítnout, schopnost oddálit uspokojení nebo potěšení, atd). Příspěvek seznamuje s programem primární prevence pro mladší školní věk s názvem Normální je nekouřit, který implementoval tato doporučení a je zaměřen na protidrogovou a onkologickou prevenci na primárním stupni základní školy.

Annotation: The article deals with a cause of source of nicotine addiction. It brings possibility of prevention and effectivity of the primary preventive programmes devoted to children in schools. Effective preventive programmes are focused on increasing knowledge, positive influencing on attitudes and behavior and possible change in

behavior. It is recommended to use peer-approach and life skills training: personal and self-management skills (enhancing self-esteem, reducing stress), general social skills (communicating skills, avoiding violence), drug resistance skills (building defense against pressure to use drugs, craving). The article introduces the primary preventive programme for younger schoolchildren „Non-Smoking is a Norm“. The recommendations for high effectivity are implemented in this programme. It is focus on drug and cancer prevention in primary school level.

KOURENÍ JE NEMOC SMOKING IS A DISEASE

Halina MATĚJOVÁ, Drahoslava HRUBÁ

Klíčová slova: nikotin, mechanismus účinků, formy závislosti, prevence

Key words: nicotine, mechanisms of action, types of addiction, prevention

Anotace: Všechny formy užívání tabáku mohou vést k závislosti. Psychoaktivní látkou v tabáku je nikotin. Mechanismus jeho účinků je obdobný jako u heroinu a kokainu. Závislost u kuřáků je fyzická i behaviorální.

Annotation: All ways of tobacco use can cause dependence. The psychoactive drug in tobacco is nicotine. The mechanisms of its action is similar to heroine and cocaine. The smokers' dependence is both physical and behavioral.

ŽÁCI DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍCH ŠKOL V BRNĚ A JEJICH INFORMOVANOST O MOŽNÝCH ZÁVISLOSTECH VZNIKAJÍCÍCH NA JÍDLE

PUPILS IN THE SECOND GRADE OF PRIMARY SCHOOLS
IN BRNO AND THEIR FOREKNOWLEDGE OF POSSIBLE
DEVELOPING FOOD ADDICTIONS

Lenka PROCHÁZKOVÁ, Petr KACHLÍK, Marie HAVELKOVÁ

Klíčová slova: Závislost na jídle, poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, BMI, dotazník, studie, prevence

Key words: Food addiction, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, BMI, questionnaire, study, prevention

Anotace: Na katedře Rodinné výchovy a výchovy ke zdraví, která spadá pod PdF MU, jsou vyučovány v rámci nově akreditovaného oboru „Rodinná výchova a výchova ke zdraví“, také předměty, které se týkají prevence patologických závislostí. Zde je v rámci vyučovaného předmětu „Výživa“ zařazena i problematika poruchy příjmu potravy (dále jen PPP). V tomto předmětu jsou studenti, budoucí učitelé, seznamováni s problematikou vzniku těchto poruch, jejich příčinami, rozvojem klinického obrazu a organizacemi, kde je nabízena pomoc. Učivo je upraveno tak, aby učitel v praxi, tj. ve škole, znal příznaky, které signalizují podezření, že se u konkrétního žáka rozvíjí tento patologický stav. V uvedeném předmětu se zabýváme i preventivní složkou problému, vybírají se a definují preventivní opatření a přístupy, které jsou využitelné ve výuce na ZŠ a seznamují se s nimi budoucí učitelé. Při řešení každého problému je důležité nejdříve poznat, jak jsou žáci základní školy, na něž je prevence zaměřena, o problému informováni. Zejména proto, abychom měli přehled o tom, jaký je mezi žáky našich základních škol momentální stav znalostí o výše zmíněných patologických stavech a tedy, abychom mohli výuku námi vyučovaného předmětu přesně upravit podle situace, byla zjišťována informovanost o problematice poruch příjmu potravy na 2. stupni ZŠ, pomocí našeho výzkumného šetření.

Annotation: School subjects concerning prevention of pathological addictions are taught under the terms of newly accredited field of study „Family Education and Health Education“ at the Department of Family Education and Health Education“ in Faculty of Education, Masaryk University. The subject „Nourishment“ also includes eating disorders problems (EDP). Within this subject, students and future teachers acquaint with problems of these disorders development, the cause of the disorders, development of clinical picture and associations where help is offered. The curriculum is adapted for helping teachers in practice (at school) to get know the symptoms that enter into suspicion with developing a pathological state of particular pupil. Within this subject, we concern with preventive factor of problem, precautions and attitudes that can be used in primary school lessons are taken and defined and future teachers acquaint with them. While solving every problem, it is essential first to find how are the primary school pupils informed about the prevention. The main reason why we learned the second grade pupils' knowledgeability about the eating disorders via the questionnaire is that we should know about the pathological states awareness among the pupils in primary school in order to adjust the subject lessons to the situation given

PREVENCE I INTERVENCE JAKO PODPORA SOCIÁLNÍCH KOMPETENCÍ DĚTÍ V RIZIKU PORUCH CHOVÁNÍ

PREVENTION AND INTERVENTION AS A TOOL FOR SUPPORTING CHILDREN'S IN RISK OF BEHAVIOUR DISORDER SOCIAL COMPETENCES

Věra VOJTOVÁ

Klíčová slova: *Prevence, intervence, riziko poruchy chování, riziko vývoje, ústavní výchova, ochranná výchova, sociální kompetence, sociální stabilita, sociální vztahy, speciálně pedagogická diagnostika, strukturované hodnocení, zásady intervence, intervenční triangl*

Key words: *Prevention, intervention, behaviour disorder risk factor, development risk factor, institutional care, social competences, social stability, social relationship, special pedagogical assessment, structured assessment, interventional principles, interventional triangle.*

Anotace: *Prevence a intervence rizik poruch chování v podmínkách dětského domova. Prezentace výzkumu.*

Annotation: *Prevention and intervention behavior risk factors in childcare. Research presentation.*

JAK PŘIPRAVIT ŽÁKY A JEJICH RODIČE NA NEBEZPEČÍ PLYNOUCÍ Z ROZVOJE TELEKOMUNIKACÍ A ZEJMÉNA INTERNETU

HOW TO PREPARE PUPILS AND THEIR PARENTS TO THE DANGERS ARISING FROM THE DEVELOPMENT OF TELECOMMUNICATIONS AND IN PARTICULAR THE INTERNET

Jiří STRACH

Klíčová slova: *nebezpečí internetových služeb, blog, chat, Online Gaming, Online Gambling*

Key words: *the danger of Internet services, blog, chat, Online Gaming, Online Gambling*

Anotace: Materiál popisuje výzkum ohrožení žáků a studentů základních a středních škol v Brně telekomunikačními technologiemi. Zabývá se zejména tím, jaký vliv mají nedostatečné znalosti technologie o působení různých internetových služeb na výchovné působení učitelů a rodičů. V závěru stanovuje určité pedagogické zásady, které by měly vést k zlepšení tohoto stavu.

Annotation: Research material describes threats of telecommunications technologies to pupils and students of primary and secondary schools in Brno. The impact of insufficient knowledge about the operation of various Internet services in the education of teachers and parents. In conclusion, provides a pedagogical principles which should lead to improvement in this situation.

ZÁVISLOST NA PRÁCI (WORKOHOLISMU): PSYCHOLOGICKÉ A PEDAGOGICKÉ CHARAKTERISTIKY

DEPENDENCE ON WORK (WORK HOLISM): PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CHARACTERISTICS

Evžen ŘEHULKA

Klíčová slova: závislost na práci, workoholismus

Key words: dependence on work, work holism

Souhrn: Závislost na práci – workoholismus chápeme jako silnou touhu (craving, „bažení“) věnovat se pracovní činnosti a pracovním úkolům, přikládat jim nekriticky mimořádnou hodnotu, upřednostňovat je nad všechny ostatní aktivity, neakceptovat zdravotní ani sociální kritéria a věnovat větší pozornost průběhu práce než jejím výsledkům; při nemožnosti věnovat se práci dochází k nepříjemným emocionálním stavům. Tato závislost může mít kořeny ve školním věku jedince a škola se může podílet na její prevenci.

Abstract: Dependence on work - work holism is understood as a strong craving to apply oneself to work activities and to work tasks, to give them extraordinary value uncritically, to give preference before all other activities, not to accept health or social criteria and to pay more attention to the course of work than to its results; in case of an impossibility to apply oneself to work, unpleasant emotional states appear. This dependence may have originated in the school age of the person and thus school can take part in its prevention.

LITERATURA

- 1996 *Annual Report Center for Drug and Alcohol Studies*. Newark: University of Delaware, 1997, 25 s.
- AGOSTINELLI, G., BROWN, J.M., MILLER, W.R. Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of drug education*, 1995, roč. 25, č. 1, s. 31- 40.
- BARRUECO, M., VICENTE, M., GARAVIS, J. L. ET AL. Smoking prevention in the school: results of 3-year program. *Archivos de broncopneumologia*. Jul-Aug 1998, 34, 7, p. 323-8. ISSN 0300-2896.
- BARROW, G.; BARDSHAW, E.; NEWTON, T. *Improwing Behaviour and Raising Self Esteem in the Classroom*. London: David Fulton Publishers, 2001. ISBN 1-85346-775-8.
- BĚHOUNKOVÁ, L.; VOJTOVÁ, V. *Artefiletika jako strategie rozvoje sociálních kompetencí rizikové mládež*. Diplomová práce. Brno: PdF MU, 2004.
- BELL, R., WECHSLER, H., JOHNSTON, L.D. Correlates of college students marijuana use: results of a US National Survey. *Addiction*, 1997, roč. 92, č. 5, s. 571-581.
- BOTVIN J.G. [online]. Life skills training.[cit. 9.8.2008]. Dostupné z www: < <http://lifeskillstraining.com>>
- CLARKE, D. *Pro-Social and Anti-Social Behaviour*. New York: 2003. 172 s. ISBN 0-415-22761-5.
- COLBY, S.M., TIFFANY. S.T., SHIFFMAN, S. , NIAGARA, R.S.: *Measuring nicotine dependence among yourt: a roview of available approaches and instruments*. Drug and Alcohol Depend. 2000, 59, Suppl 1: S23-S39
- CSÉMY, L. Užívání drog mezi českými a evropskými adolescenty. *Trendy a souvislosti. Československá pediatrie*, 58, 2003, s. 675-680.
- CSÉMY, L., HRACHOVINOVÁ, T., KRCH, D.F. Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontakt, rizika. *Adiktologie*, 2004, roč. 4, č. 2, s. 124-135.
- CSÉMY, L., HRACHOVINOVÁ, T., KRCH, D.F. Alkohol a jiné drogy ve vysokoškolské populaci: rozsah, kontakt, rizika. *Adiktologie*, 2004, roč. 4, č. 2, s. 124-135.
- CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H., RÁŽOVÁ, J., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Trendy v kuřáctví dětí a dospívajících v České republice v období 1994-2006 a vybrané souvislosti kouření mezi adolescenty*. Praha: 2007.
- ČAPLOVÁ, T., ANDRÉ, I., SOMOŠOVÁ, J. Postoje poslucháčov vysokej školy k problematike návykových látok *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 281-286.
- ČECH, T. Primární drogová prevence a protidrogová výchova ve školách. In *Střelec, S. (ed.) Studie z teorie a metodiky výchovy II*. Brno : MU, 2005, s. 140-152. ISBN 80-210-3687-7.

- ČECH, T. Vize uplatnění sociálního pedagoga v procesu ozdravení školy. In *Řehulka, E. aj. Škola a zdraví pro 21. století 2 [CD-ROM]*. Brno : Pedagogická fakulta MU, 2007, s. 50-57.
- DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: A word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. 6th ed. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1994, 257 s. ISBN-.
- DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: A word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. 6th ed. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1994, 257 s. ISBN-.
- DEAN, A.G. et al. *Epi Info, Version 6: A word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers*. 6th ed. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1994, 257 s. ISBN-.
- DUBSKÝ, V. *Mládež, společnost a stát. Odborný bulletin k problematice mládeže*. 1. vyd. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT ČR, 1994, 116 s. ISSN 1210-6380.
- DUBSKÝ, V. *Mládež, společnost a stát. Odborný bulletin k problematice mládeže*. 1. vyd. Praha: Institut dětí a mládeže MŠMT ČR, 1994, 116 s. ISSN 1210-6380.
- ĎURIČ., L. *Práceschopnosť žiakov vo vyučovacom procese*. SPN : Bratislava 1965.
- ĎURIČ., L. *Výkonnosť žiakov vo vyučovacom procese*. SPN : Bratislava 1975.
- DVOŘÁK, D. *Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a HIV/AIDS*. 2. vyd. Praha: Filia, 1995, 113 s. ISBN 80-901966-2-4.
- DVOŘÁK, D. *Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a HIV/AIDS*. 2. vyd. Praha: Filia, 1995, 113 s. ISBN 80-901966-2-4.
- EMMEROVÁ, I. Věk žiaka jako významný faktor při realizovaní primárním prevencii drogových závislostí na základním škole. *Komenský*, 131, 3/leden, 2007, s. 18-27. ISSN
- FAGERSTROM KO, SCHNEIDER N: *Measuring of nicotine dependence: a review of the Fagestrom Tolerance Questionnaire*. J Behav Med 1989; 12: 159-182
- FRIEDMAN, S., ROSENMAN, R. H. *Type-A behavior a Your Heart*. Knopf : New York 1974.
- GFROERER, J., WRIGHT, D., KOPSTEIN, A. Prevalence of youth substance use: the impact of methodological differences between two national surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, roč. 47, č. 1, s.19-30.
- GOODSTADT, M. S, SHEPPARD, M.A. Three approaches to alcohol education. *Journal of studies on alcohol*, 1983, roč. 44. č. 2, s 362-380.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, Psychologický slovník. Praha : Portál, 2000
- HEATH, M. A., SHEEN, D. *School Based Crisis Intervention*. New York: The Guilford Press, 2005. ISBN 1-59385-151-0.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. TIGRIS : Praha 2004. ISBN 80-900130-1-5
- HRUBÁ, D., MATĚJOVÁ, H. Závislost na nikotinu. *Hygiena* 2001, 46: 100-107
- HRUBÁ, D., *Kouření je drogová závislost*. Brno: LF MU, 2005.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Budou v roce 2000 na Lékařské fakultě MU v Brně pouze nekouřící absolventi? *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 211-222.
- HRUBÁ, D., KACHLÍK, P. Budou v roce 2000 na Lékařské fakultě MU v Brně pouze nekouřící absolventi? *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 211-222.

- HRUBÁ, D., ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Kuřáctví a názory rodičů školních dětí. *Hygiena*, 52, 4, 2007, s. 105-109. ISSN 1802-6281.
- HRUBÁ, D., ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Úloha rodiny pro vývoj vybraných postojů ke kouření a kuřácké chování dětí. *Hygiena*, 53, 4, 2008. ISSN 1802-6281.
- JOSENDAL, O., AARO, L. E., BERGH, I.H. Effect of a school-based smoking prevention program among subgroup of adolescents. *Health Educational Research*, 1998, Jun, 13 ,2, s. 215-24. ISSN 0268-1153.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Drugs, Future Doctors and Pedagogues at Masaryk University. In ŘEHULKA et al. *2nd Conference School and Health 21*, Brno: Paido, 2007, s. 655-670. 904 s. ISBN 978-80-7315-138-6.
- KACHLÍK, P., HAVELKOVÁ, M. Drugs, Future Doctors and Pedagogues at Masaryk University. In ŘEHULKA et al. *2nd Conference School and Health 21*, Brno: Paido, 2007, s. 655-670. 904 s. ISBN 978-80-7315-138-6.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Brněnští medici, návykové látky a protidrogové poradenství. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 3, s. 163-180.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Brněnští medici, návykové látky a protidrogové poradenství. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 3, s. 163-180.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Drogová scéna u brněnských studentů VŠ v letech 1993-1995. *Acta hygienica, epidemiologica et microbiologica*, 1995, Suppl. 7, s. 44-46.
- KACHLÍK, P., ŠIMŮNEK, J. Drogová scéna u brněnských studentů VŠ v letech 1993-1995. *Acta hygienica, epidemiologica et microbiologica*, 1995, Suppl. 7, s. 44-46.
- KANDELL, D. et al. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, roč. 44, č. s.11-29.
- KANDELL, D. et al. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, roč. 44, č. s.11-29.
- KOLEKTIV. Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek „ŠKOLA BEZ DROG“. *Učitel'ské noviny*, 1998, roč. 101, č. 10, s.16-20.
- KOLEKTIV. Mládež a drogy - celostátní dotazníková studie. *Učitel'ské noviny*, 1998, roč. 101, č. 12, s.17-19.
- KOLEKTIV. Pití alkoholu a užívání jiných drog mezi mládeží v evropských zemích. *Učitel'ské noviny*, 1998, roč. 101, č. 13, s.15-19.
- KOLEKTIV. Pití alkoholu a užívání jiných drog mezi mládeží v evropských zemích. *Učitel'ské noviny*, 1998, roč. 101, č. 13, s.15-19.
- KOLEKTIV. *The NNICC Report 1996. The Supply of Illicit Drugs to the United States*. Washington: U.S.Dept. of Justice & DEA, 1997,80 s. ISBN-.
- KOLEKTIV. *The NNICC Report 1996. The Supply of Illicit Drugs to the United States*. Washington: U.S.Dept. of Justice & DEA, 1997,80 s. ISBN-.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. Skúsenosti poslucháčov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami. II. časť. Výsledky prieskumu pomocou dotazníka RCSAST. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1998, roč. 33, č. 4, s. 193-209.

- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V., ŠEFRÁNKOVÁ, V. Skúsenosti študentov vysokých škôl s návykovými látkami-I. časť. Užívanie a vedomosti o návykových látkach. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 17-28.
- KOVÁŘOVÁ, M., DÓCI, I. Fajčenie nikotínu a fyzická aktivity poslucháčov Lekárskej fakulty v Košiciach. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2004, roč. 39, č. 3, s. 131-143.
- KRÁLÍKOVÁ, E. Léčba závislosti na tabáku jako jedna z možností prevence nádorových onemocnění. Konference Ligy proti rakovině Praha: Tiká v každé rodině. Přednáška, Praha: únor, 2008.
- KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-71696-27-7.
- KRCH, F. D., MARÁDOVÁ, E. Výchova ke zdraví: *Poruchy příjmu potravy- příručka pro učitele*. 1. vyd. Praha: VÚP, 2003. 32 s. ISBN -.
- KRCH, F.D. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním?* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 170 s.. ISBN 80-24705-27-3.
- KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 235 s. ISBN 80-71785-98-9.
- KRCH, F.D. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 255 s. ISBN 80-2470-840-X.
- KRCH, F.D., RICHTEROVÁ, I. *Chci ještě trochu zhubnout: o zhoubných následcích redukčních diet vypravují ti, které diety dovedly až k poruchám příjmu potravy (mentální anorexii a bulimii) nebo jen „oběti“ redukčních diet*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. 91 s. ISBN 80-85872-86-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- LENTON, S., BOYS, A., NORCROSS, K. Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *Addiction*, 1997, roč. 92, č. 10, s.1327-1337.
- LENTON, S., BOYS, A., NORCROSS, K. Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *Addiction*, 1997, roč. 92, č. 10, s.1327-1337.
- MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. 153 s. ISBN 80-71062-48-0.
- MCCARTY, D, POORE, M., MILLS, K.C. Morrison SDirect-mail techniques and the prevention of alcohol-related problems among college students. *Journal of studies on alcohol*, 1983, roč. 44, č. 1, s. 162-170.
- MILLS, K.C et al.. A residence hall tavern as a collegiate alcohol abuse prevention activity. *Addictive behaviors*, 1983, roč. 8, č. 2, s. 105-108.
- MŠMT: NÁRODNÍ PROGRAM ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE. *Bílá kniha*, Praha: UIV 2001, ISBN 80-211-0413-9.
- MŠMT: *Strategie prevence společensky nežádoucích jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005–2008*. [online], Praha, 2004, [cit. 07-2007]. Dostupné z <http://www.msmt.cz>.
- NAVRÁTILOVÁ, M. a kol. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. 152 s. ISBN 80-85912-33-3.
- NEŠPOR, K. *Metodika prevence ve školním prostředí*. Praha: Sportpropag, 1991, 39 s.

- NEŠPOR, K. *Průručka pro život v 21. století*. Praha: Sportpropag, 2004, 59 s.
- NEŠPOR, K. *Závislost na práci*. Grada : Praha 1999. ISBN 80-71169-754-8.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. 4. rozš. vyd. Praha: BESIP, 1997, 129 s.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládání*. FIT IN a Sportpropag : Praha 1999.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Průručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: PCP, 1996, 199 s., ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. 1. vyd. Praha: BESIP MV, 1994, 128 s.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, 1999, s. 40.
- NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha : Sportpropag, 1996.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Návykové látky a studenti vysokých škôl - niektoré novšie údaje. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 37-42.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Návykové látky a študenti vysokých škôl - niektoré novšie údaje. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2003, roč. 38, č. 1, s. 37-42.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti posluchačov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami-I. časť-Užívanie a vedomosti o psychoaktívnych látkách. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 299-312.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti posluchačov LF UK v Bratislave s psychoaktívnymi látkami-I. časť-Užívanie a vedomosti o psychoaktívnych látkách. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 5, s. 299-312.
- NOVOTNÝ, V., KOLIBÁŠ, E. Skúsenosti študentov vysokých škôl s návykovými látkami-II. časť. Študenti Lekárskej fakulty UK v Bratislave. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 2004, roč. 39, č. 1, s. 17-36.
- OROSOVÁ, O., SCHNITZEROVÁ, E. Prevencia závislosti v pregraduálnej príprave učiteľov. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 4, s. 207-213.
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa: průručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.
- PAPEŽOVÁ, H. *Bulimia nervosa: průručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6..
- PAVÚK, A., KOŠČO, J. Analýza fajčiarskych návykov u študentov Pedagogickej fakulty v Prešove od roku 1982 do roku 1995. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 1997, roč. 32, č. 2, s. 117-125.

- PENTZ, M.A. Directions for future research in drug abuse prevention. *Preventive medicine*, 1994, roč. 23, č. 5, s. 646-652.
- PUJOL, H., STOEENBER, A., CABROL, C. Prevention du tabagisme en milieu scolaire. *Buletinde l Academie Nationale de Medecine*, 1994, Mai, 178, 5, s. 955-960.
- PUST, S. ET AL. Individual and social environment influences on smoking in children and adolescents. *Public Health*, 2007, 10.
- ROUSE, B.A. Epidemiology of illicit and abused drugs in the general population, emergency department drug-related episodes, and arrestees. *Clinical Chemistry*, 1996, roč. 42, č. 8 (B), s.1330-1336.
- RUSTEMIER, S. *Social and Educational Justice*. Bristol: CSIE, 2002, ISBN 1-87200-115-7.
- RUTHERFORD JR., R., QUINN, MATHUR, S. *Handbook of Research in Emotional and Behavioral Disorders*. New York, London: The Guildford Press, 2004. ISBN 1-59385-056-5
- ŘEHULKA, E.. *Otázky zatížení žáků*. UJEP : Brno 1987.
- SEVERSON, H.H., WALKER, H.M. Proactive Approaches for Identifying Children at Risk for Sociobehavioral Problems. in: LANE, L.K., GRESHAM, F.M., O'SHAUGNESSY, T.E. *Children with or at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn and Bacon, 2002. ISBN 0-205-32182-8.
- SCHÜTZ, A. *Je selbstsicherer, desto besser?* Basel: Beltz Verlag, 2005. ISBN 3-621-27532-0. *Slovník spisovného jazyka českého VII*. Academia : Praha 1989.
- SOVINOVA, H., CSÉMY, L. Tabák a alkohol. Konference Ligy proti rakovině Praha: Tiká v každé rodině. Přednáška, Praha: únor, 2008.
- SOVINOVA, H., CSÉMY, L.: Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 96s. ISBN 80-7071-230-9.
- STATSOFT Inc. *STATISTICA for Windows (Data Analysis Software System)*. Version 6. Tulsa: StatSoft Inc., 2001, <<http://www.statsoft.com>>.
- STATSOFT, Inc. *STATISTICA Cz [Softwarový systém na analýzu dat]*, verze 6, 2001. [Www.StatSoft.Cz](http://www.StatSoft.Cz)
- STATSOFT, Inc. *STATISTICA Cz. Softwarový systém na analýzu dat, verze 7* [on-line]. Cit. [2004-11-16] <http://www.statsoft.cz>.
- STÖRMER, N., VOJTOVÁ, V. *Interventionen / Interventions*. Berlin: Frank & Timme GmbH, 2006, ISBN 3-86596-035-9.
- ŠIRŮČEK, J. & ŠIRŮČKOVÁ, M. (2006). Vývoj a zkoumání vrstevnických vztahů. In Macek, P. & Lacinová, L. (Eds.). *Vztahy v dospívání*. Brno: Barrister & Principal. ISBN: 80-7364-034-1
- THEUNISSEN, G. *Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2003. ISBN 3-17-017581-5.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha : Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1.vyd., Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- VOJTOVÁ, V. „School for All“ – evaluation report, in: Classroom Practice 2, [online], Middelfart: European Agency for Development in Special Needs Education, 2004b., [cit. 07-2007], Dostupné na www.euagency.dk.

- VOJTOVA, V. Education of Children with Learning Disabilities in the Czech Republic. in: Learning Difficulties in Europe: Assessment and Treatment, Padova: Junior, 1996. (sborník příspěvků, IFE)
- VOJTOVÁ, V. Edukace žáků s poruchami chování, in: Vítková: *Integrativní školní pedagogika*, 1.vyd. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-07-1.
- VOJTOVÁ, V. *Kapitoly etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2.rozšíř. vyd. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-532.
- VOJTOVÁ, V. Poradenství v rámci školy, in: Vítková: *Otázky speciálně pedagogického poradenství*, 1.vyd. Brno: MSD, 2003a. ISBN 80-86633-08-X.
- VOJTOVÁ, V., JOHNSTONE, D., BLOEMERS, W. *Pädagogische Wurzeln der Inklusion / Pedagogical Roots to Inclusion* Berlin: Frank & Timme GmbH, 2006, ISBN 3-86596-038-3.
- VYHLÁŠKA 438/2006 Sb, ze dne 30. srpna 2006, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.
- Vyhláška 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. 2005. Dostupné na: <<http://www.msmt.cz>>.
- Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *Manuál pro tvorbu školních vzdělávacích programů v základním vzdělávání*. Praha : Ústav pro informace ve vzdělávání, Tauris, 2005, 104 s. ISBN 80-87000-03-X.
- Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha : Ústav pro informace ve vzdělávání, Tauris, 2005, 218 s. ISBN 80-87000-02-1.
- WEBB, E. et al. Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*, 1996, roč. 348, č. 9032, s. 922-925.
- WECHSLER, H. et al. Drinking levels, alcohol problems and secondhand effects in substance-free college residence. Results of a National study. *Journal of studies on alcohol*, 2001, roč. 62, č. 1, s. 23-31.
- WHO, *ICF Checklist, version 2.1a*. Geneva, 2003, [cit. 2007- 10- 03]. Dostupné na: www.who.int/classification/icf.
- WHO, *ICF Introduction, ICIDH-2, resolution*. WHA54.21: Geneva, 2001. [online, cit. 2005-05-03]. Dostupné na: [www: who.int](http://www.who.int).
- WHO, *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*, Geneva, 2002, [cit. 2005-05-03]. Dostupné na: www.who.int/classification/icf.
- WIEGEROVÁ, A. *Učitel – škola – zdraví*. Bratislava : Regent, 2005. ISBN 80-88904-37-4.
- ZÁKON 218/2003 Sb.ze dne 25. června 2003 o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže.
- ZÁKON 359/1999 Sb.ze dne 9. prosince 1999 o sociálně-právní ochraně dětí v platném znění.
- ZÁKON č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 476/2004 Sb., zákona č. 562/2004 Sb., zákona č. 563/2004 Sb., zákona č. 383/2005 Sb. a zákona č. 112/2006 Sb.
- ZEJDOVÁ, I., VOJTOVÁ, V. *Esteticko-haptická stimulace jako prostředek rozvoje sociálních kompetencí u dětí s ADHD*. Diplomová práce. Brno: MU, 2007.

- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Normální je nekouřit 1. díl. Brno : Paido, 2005, 69 s. ISBN 80-7315-105-7.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Normální je nekouřit 2. díl, Brno : Paido, 2006, 93 s.
ISBN 80-7315-128-6.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Normální je nekouřit 3. díl. Brno : MSD, 2007, 86 s. ISBN 978-80-86633-77-0.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Normální je nekouřit. Hygiena, 53, Supplementum 1, Křiřovatky podpory zdraví, SZÚ Praha : 2008, s. 23-28. ISSN 1802-6281.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Normální je nekouřit 4. díl. Brno : MSD, 2008, 97 s. ISBN 978-80-7392-048-7.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Prevence kouření ve škole. Onkologická péče, 12, 2008, 1, s. 5-7. ISSN 1802-7407.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I., HRUBÁ, D. Výchova k onkologické prevenci u dětí na základní škole. Onkologická péče, 12, 2008, 1, s. 21-25. ISSN 1802-7407.

SEZNAM AUTORŮ

PhDr. Mgr. Tomáš Čech, Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: cech@ped.muni.cz

Doc. MUDr. Marie Havelková, CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: Havelkova.M@ped.muni.cz

Prof. MUDr. Drahošlava Hrubá, CSc.

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Tomešova 12, 602 00 Brno
E-mail: hruba@med.muni.cz

MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 9, 603 00 Brno
E-mail: kachlik@ped.muni.cz

MVDr. Halina Matějová

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Tomešova 12, 602 00 Brno
E-mail: hmatej@med.muni.cz

Mgr. Lenka Procházková

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: prochazkova@ped.muni.cz

Doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: rehulka@ped.muni.cz

Doc. Ing. Jiří Strach, CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: strach@ped.muni.cz

PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 9, 603 00 Brno
E-mail: vojtova@ped.muni.cz

PhDr. et. Mgr. Iva Žaloudková

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: zaloudikova@ped.muni.cz

VĚCNÝ REJSTŘÍK

B

BMI 55, 59, 86
blog 72, 73, 88

D

dotazník 14, 23, 26, 57, 72, 83, 84, 86
drogová závislost 47, 85, 91

F

formy závislosti 86

CH

chat 73, 75, 88

I

intervence 23, 66, 68, 69, 70, 71, 88, 95
intervenční triangl 68, 69, 88

L

legální drogy 17, 47, 85

M

mechanismus účinků 86
mentální anorexie 54, 55, 56, 60, 62, 63, 65, 86, 93
mentální bulimie 54, 56, 57, 60, 63, 86
minimální preventivní program 11, 83, 92

N

návykové látky 25, 42, 43, 48, 49, 83, 92, 94
nebezpečí internetových služeb 88
nikotin 47, 52, 53, 86

O

ochranná výchova 88
Online Gaming 72, 73, 74, 88
Online Gambling 74, 88

P

patologické závislosti	24
postoje	9, 12, 21, 22, 23, 25, 26, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 48, 50, 51, 71, 85, 90
poruchy příjmu potravy	56, 61, 63, 64, 86, 87, 93
primární prevence rizikového chování	83
programy primární prevence	46, 85
prevence	5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 40, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 64, 66, 68, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 93, 94, 97
prevence kouření	85, 97

R

rámcový vzdělávací program	83, 96
riziko poruchy chování	88
riziko vývoje	88

S

sociální kompetence	88
sociální stabilita	88
sociální vztahy	80, 82, 88
speciálně pedagogická diagnostika	68, 88
strukturované hodnocení	68, 88
student	35, 44, 83, 84
studenti	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 40, 41, 42, 66, 84, 87, 94
studie,	6, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 41, 42, 51, 53, 66, 83, 84, 86, 92

Š

škola	5, 6, 7, 9, 11, 12, 40, 48, 57, 60, 83, 89, 91, 92, 96
školní vzdělávací programy,	83

U

univerzita	40, 83
užívání	21, 31, 36, 40, 41, 42, 45, 46, 52, 53, 55, 57, 66, 70, 79, 86, 90, 92

Ú

ústavní výchova	88
-----------------	----

W

web	83, 84
workoholismus	79, 81, 89

Z

závislost	17, 43, 46, 47, 48, 52, 55, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 89, 91, 94
Závislost na jídle	86
závislost na práci	78, 79, 80, 81, 82, 89, 94
zásady intervence	70, 88
zdravý životní styl	51, 82, 83

JMENNÝ REJSTŘÍK

A

AGOSTINELLI, G.	23, 90
ANDRÉ, I.	90
AARO, L.	92

B

BARDSHAW, E.	90
BARROW, G.	90
BARRUECO, M.	90
BELL, R.	42, 90
BERGH, I.H.	92
BĚHOUNKOVÁ, L.	66, 90
BOTVIN, J.G.	49, 90
BOYS, A.	93
BLOEMERS, W.	71, 96
BROWN, J. M.	90

C

CABROL, C.	95
CLARKE, D.	90
COLBY, S. M.	90
CŠÉMY, L.	7, 13, 14, 21, 25, 26, 40, 51, 90, 94, 95

Č

ČAPLOVÁ, T.	21, 90
ČECH, T	7, 9, 83, 90, 91, 98

D

DEAN, A.G.	14, 26, 57, 91
DÓCI, I.	93
DUBSKÝ, V.	13, 25, 91
DVOŘÁK, D	13, 25, 91
ĐURIC., L.	78, 91

E

EMMEROVÁ, I.	91
--------------	----

F

FAGERSTROM, KO, 91
 FRIEDMAN, S., 79, 91

G

GARAVIS, J.L. 90
 GFROERER, J. 43, 91
 GOODSTADT, M. S. 22, 91
 GRESHAM, F. M. 95

H

HARTL, P. 47, 91
 HARTLOVÁ 91
 HAVELKOVÁ, M. 13, 14, 25, 26, 54, 83, 86, 92, 98
 HEATH, M. A. 68, 91
 HÖSCHL, C., 91
 HRACHOVINOVÁ, T. 90
 HRUBÁ, D. 14, 21, 26, 49, 52, 86, 91, 92, 97, 98

J

JOHNSTON, L. D. 90
 JOHNSTONE, D. 71, 96
 JOSENDAL, O. 92

K

KACHLÍK, P. 13, 14, 21, 25, 26, 40, 54, 83, 86, 91, 92, 98
 KANDELL, D. 13, 25, 92
 KOLIBÁŠ, E. 13, 22, 25, 41, 42, 92, 93, 94
 KOPSTEIN, A. 91
 KOŠČO, J. 13, 25, 41, 94
 KOVÁŘOVÁ, M. 93
 KRÁLÍKOVÁ, E. 47, 93
 KRANZOVÁ, R. 54, 93
 KRCH, F.D. 54, 55, 56, 57, 90, 93
 KŘIVOHLAVÝ, J. 79, 93

L

LANE, L. K. 95
 LENTON, S. 13, 25, 43, 93
 LIBIGER, J. 91

M

MALONEY, M. 54, 93
 MARÁDOVÁ, E. 54, 93
 MATĚJOVÁ, H. 52, 86, 91, 98

MATHUR, S.	66, 95
McCARTY, D.	22, 93
MILLER, W. R.	90
MILLS, K.C.	23, 93

N

NAVRÁTILOVÁ, M.	93
NEWTON, T.	90
NEŠPOR, K.	7, 13, 21, 25, 49, 51, 80, 81, 93, 94
NIAGARA, R. S.	90
NORCROSS, K.	93
NOVOTNÝ, V.	13, 22, 25, 41, 42, 92, 93, 94

O

O'SHAUGNESSY, T. E.	95
OROSOVÁ, O.	22, 94

P

PAPEŽOVÁ, H.	54, 55, 56, 94
PAVÚK, A.	13, 25, 41, 94
PERNICOVÁ, H.	7, 94
PENTZ, M.A.	22, 95
POORE, M.	93
PROVAZNÍKOVÁ, H.	90
PUJOL, H.	95
PUST, S.	95

R

RÁŽOVÁ, J.,	90
RICHTEROVÁ, I.	54, 93
ROSENMAN, R. H.	79, 91
ROUSE, B.A.	13, 25, 95
RUSTEMIER, S.	95
RUTHERFORD JR., R.	66, 95

Ř

ŘEHULKA, E.	6, 78, 89, 91, 92, 95, 98
-------------	---------------------------

Q

QUINN	66, 95
-------	--------

S

SEVERSON, H. H.	66, 95
SHEEN, D.	68, 91
SHEPPARD, M. A.	22, 91

SHIFFMAN, S.	90
SCHNEIDER, N.	91
SCHNITZEROVÁ, E.	22, 94
SCHÜTZ, A.	66, 95
SOMOŠOVÁ, J.	90
SOVINOVÁ, H.	90, 95
STOEBNER, A.	95
STÖRMER, N.	68, 95
Š	
ŠEFRÁNKOVÁ, V.	93
ŠVESTKA, J.	91
ŠIMŮNEK, J.	14, 21, 26, 40, 92
ŠIRŮČEK, J.	66, 67, 68, 95
ŠIRŮČKOVÁ, M.	67, 68, 95
T	
TIFFANY, S. T.	90
THEUNISSEN, G.	95
V	
VÁGNEROVÁ, M.	95
VICENTE, M.	90
VODÁČKOVÁ, D.	68, 95
VOJTOVÁ, V.	66, 67, 68, 71, 88, 90, 95, 96, 98
W	
WALKER, H. M.	66, 95
WECHSLER, H.	22, 90, 96
WEBB, E.	42, 96
WIEGEROVÁ, A.	7, 96
WRIGHT, D.	91
Z	
ZEJDOVÁ, I.,	66, 96
Ž	
ŽALOUĐÍKOVÁ, I.	46, 85, 92, 97

Prevence závislostí ve škole

Evžen ŘEHULKA et al.

Grafická úprava: JarDa

Vydavatel: MSD

Tisk: MSD, Brno

ISBN: 978-80-7392-077-7