

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky

**Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek
u dětí z dětských domovů v Jižních Čechách
měřených pomocí dotazníku SURPS
Analysis of Risk Factors of Drug Use in Children
of Children's Homes in the South Bohemia Measured
by the SURPS Questionnaire**



Bakalářská práce

Autor: **Jiřina Majerová**

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.**

Datum předložení:

Praha

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, Mgr. Lence Šťastné, Ph.D., za vedení bakalářské práce, za její rady a za podporu, kterou jsem od ní dostávala během celé mé práce.

Dále bych poděkovala ředitelů Dětských domovů, panu Mgr. Vladimíru Irovi, panu Mgr. Miroslavu Kouřilovi, panu Mgr. Josefu Peikerovi, panu Mgr. Jiřímu Pánovi a v neposlední řadě, ředitelkám Bc. Marii Barabášové a Bc. Ireně Bumbové, za ochotu a pomoc při dotazníkovém šetření. Poděkování rovněž patří vychovatelkám v dětských domovech, které mi byly ve všech ohledech velice nápomocné.

Identifikační záznam:

MAJEROVÁ, Jiřina. *Analýza rizikových faktorů užívání návykových látek u dětí z dětských domovů v Jižních Čechách měřených pomocí dotazníku SURPS. [Analysis of Risk Factors of Drug Use in Children of Children's Homes in The South Bohemia Measured by the SURPS Questionnaire]*. Praha, 2011 58 s., 1 příl., 10 obr. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Autor práce: Jiřina Majerová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Oponent práce: PhDr. Monika Nevoralová

Datum obhajoby: 26. ledna 2012

Hodnocení:

Prohlašuji,

že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 14. prosince 2011

Jiřina Majerová

ABSTRAKT

Na souboru dětí z dětských domovů v Jižních Čechách byl aplikován screeningový dotazník SURPS (Substance Use Risk Profile Scale), který je diagnostickým nástrojem metody Preventure. Výběrový soubor tvořili děti v adolescentním věku. Tento dotazník slouží k identifikaci čtyř osobnostních rysů – negativní myšlení, přecitlivělost, impulzivita a vyhledávání vzrušujících zážitků. Osobnostní rysy se nejčastěji objevují u dětí a především adolescentů s rizikovým chováním. Předpokládalo se, že děti z dětských domovů budou mít vysoké skóre v jednotlivých škálách. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že děti z dětských domovů jsou ve středním pásmu ve všech škálách. Není tedy možné určit, zda rizikovější skupinou v oblasti užívání návykových látek.

Klíčová slova: ADOLESCENCE – RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ – METODA PREVENTURE

ABSTRACT

On the group of children from children's homes in South Bohemia was administered screening questionnaire SURPS (Substance Use Risk Profile Scale), there was diagnostics implement method Preventure. The sample consisted of children in adolescent age. This questionnaire is used to identify the four personality traits - Negative thinking, Hypersensitivity, Impulsivity, and Search of exciting experiences. Personality traits are most likely to occur primarily in children and adolescents with risky behavior. It was assumed, that children's homes will have high scores in individual scales. The survey results show that children from children's homes are in the middle zone in all scales. It is therefore not possible to determine whether a group of risky substance use.

Key words : ADOLESCENCE – RISK BEHAVIOUR – METHOD PREVENTURE

Obsah

ÚVOD.....	9
1 OBDOBÍ ADOLESCENCE.....	12
1.1 Charakteristika období adolescence.....	12
1.2 Psychologické vývojové teorie.....	14
1.3 Rozdělení období adolescence.....	18
1.4 Užívání legálních a nelegálních látek v populaci adolescentů.....	19
1.5 Problémy související s užíváním návykových látek.....	22
2 RIZIKOVÉ A PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ.....	24
2.1 Vymezení pojmu rizikové chování.....	24
2.2 Problémové chování v adolescenci.....	25
2.3 Projevy rizikového chování.....	26
2.4 Rizikové faktory poruchového chování.....	26
3 PORUCHY CHOVÁNÍ.....	27
3.1 Charakteristika poruch chování.....	27
3.2 Neagresivní formy chování.....	27
3.3 Agresivní formy chování.....	30
4 PREVENCE.....	33
4.1 Druhy prevence.....	34
4.2 Minimální preventivní program.....	35
5 CHARAKTERISTIKA DĚTSKÝCH DOMOVŮ.....	37
6 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	40
6.1 Výzkumné otázky.....	40
7 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU.....	41
8 METODY VÝZKUMU.....	42
8.1 Metody sběru dat.....	42
Metoda Preventure.....	47
8.2 Cílová populace a výběrový soubor.....	49
9 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT.....	51
10 VÝSLEDKY.....	52
10.1 Přehled hlavních výsledků.....	52
11 DISKUSE.....	59
12 ZÁVĚR.....	61

13	POUŽITÁ LITERATURA.....	63
14	PŘÍLOHY.....	66
14.1	Seznam tabulek a grafů.....	68

ÚVOD

Děti z dětských domovů lze zařadit do skupiny ohrožených sociální exkluzí. U těchto dětí tak existuje větší míra rizika užívání návykových látek. Jelikož tento problém považuji za stěžejní a nebyla mu prozatím věnována náležitá pozornost, rozhodla jsem se mu věnovat svou bakalářskou práci.

Zaměřím se zde mimo jiné na primární prevenci v oblasti drog a na rizikové chování. Vzhledem k závažnosti této problematiky se domnívám, že by takto zacílená práce mohla být přínosná nejen pro laickou veřejnost v souvislosti s například pohledem na adolescenta v ústavní péči, ale zároveň i pro jednotlivé dětské domovy, které jej mohou vnímat jako určitou zpětnou vazbu.

Tématem této bakalářské práce je tedy analýza rizikových faktorů spojených s užíváním návykových látek. Práce, respektive její výzkum, situuji do prostředí vybraných, dostupných, dětských domovů v Jižních Čechách. Zaměřím se především na jedince v adolescentním věku nacházející právě v ústavní péči.

Za cíl práce si poté kladu především zjistit, zda děti z dětských domovů mají predispozice k určité formě rizikového chování. K naplnění tohoto cíle využiji několik odborných publikací spojené s tématem adolescence, pojetí chování a prevencí v dětských domovech. Využiji též několik pramenů primární literatury mezi jinými například Vágnerová (1999) *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Macek (2003) *Adolescence* a Miovský et al. (2010) *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Pro hlubší pochopení a ucelenost výkladu použiji též titulů ze sekundární literatury.

V teoretické části bakalářské práce se budu zabývat definicemi a vymezením pojmů dané problematiky. První kapitolu věnuji charakteristice období adolescence. Nejprve vymezím samotný pojem adolescence. Adolescence je označována jako mezidobí mezi dětstvím a dospělostí. V mnoha odborných publikacích se její časové rozmezí liší. V období adolescence dochází k mnoha významným změnám jak ve sféře fyzické tak psychické. Pro objasnění pojmu adolescence se budu též zabývat jejím rozdělením na tři fáze: časnou, střední a pozdní adolescenci. Zmíním několik psychologických vývojových teorií od S. Freuda, E. Eriksona po Piageta a teorie učení. Dále v rámci jedné podkapitoly uvedu užívání jak legálních tak nelegálních látek u adolescentů.

Zaměřím se na především na Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách a budu sledovat trendy od roku 1999 do roku 2007. Následně se zaměřím na problémy spojené s užíváním návykových látek a na poruchy s tím spjaté. Na závěr této kapitoly se budu zabývat tím, jakým způsobem droga ovlivňuje život adolescentů a které drogy jsou v tomto období nejčastěji preferovány.

Po této první kapitole budu směřovat pozornost na rizikové a problémové chování. Pro orientaci ve výkladu bude nutné nejprve vymezit pojem rizikové chování. Zejména zmíním, že je možné ve školní prevenci rozlišit devět oblastí rizikového chování a že rizikové chování zahrnuje jak mezilidské agresivní chování a rizikové zdravotní návyky, tak i například ničení hmotného majetku. Další podkapitolou se pouze okrajově přiblížím k problémovému chování a k vymezení jeho významu. V návaznosti na rizikové chování se budu zabývat projevy rizikového chování, jež mohou být spjaty se subkulturou mládeže. Poslední podkapitolu budu věnovat rizikovým faktorům poruchového chování, nevhodnosti pojmu „poruchové chování“ a dispozicemi k němu.

Ve třetí kapitole práce představím poruchy chování a jejich základní charakteristiku spolu s neagresivními formami chování. Z těchto forem chování se zaměřím zejména na lhaní, útoky a toulání, krádeže a záškoláctví. V neposlední řadě se budu též zabývat i agresivními formami chování, kterými jsou šikana, delikvence a vandalismus.

V pořadí čtvrtou kapitolu věnuji prevenci jako takové. Zaměřím se v ní na rozdělení prevence na primární, sekundární a terciální. Zejména se zaměřím na rozdělení specifickou primární prevencí, která je zacílena svými programy a aktivitami na konkrétní formy chování. Nespecifická primární prevence je naproti tomu úzce spjata s podporou zdravého životního stylu. V následující části se zmíním o minimálně preventivním programu (MPP), který se zaměřuje na školní prostředí. Přibližuje tak tvorbu a strukturu minimálně preventivního programu, jež je tvořen metodikem prevence ve škole a průběžně vyhodnocován. Minimálně preventivní program je tudíž součástí každé výroční zprávy dané školy.

V poslední kapitole práce se soustředím na charakteristiku prostředí dětských domovů. Zejména na to, komu jsou tato zařízení ústavní výchovy určena a do jaké míry se zde uplatňuje primárně preventivní program. V závěru kapitoly o charakteristice dětských domovů popíši minimální preventivní program v dětských domovech. Představím zde především cíle a aktivity spojené se vzděláváním pedagogických pracovníků.

V tomto kontextu sem zařadím i koordinaci MPP metodikem prevence. V neposlední řadě též zmíním primární zaměření MPP na šikanu, kriminalitu, delikvenci, užívání návykových látek apod.

Praktickou část své bakalářské práce opírám o formu kvantitativního výzkumu, tedy o dotazníkové šetření. Toto šetření realizuji dle standardizovaného dotazníku SURPS (Substance Use Risk Profile), podle jehož populačních norem pro 13leté žáky, vytvořím tabulky a následně grafy jednotlivých rysů, z nichž je možno vzhledem k populačním normám určit hodnoty jednotlivých škál.

1 OBDOBÍ ADOLESCENCE

1.1 Charakteristika období adolescence

Adolescence vychází z latinského slova *adolescere*. Toto označení můžeme přeložit jako dorůstat nebo dospívat (Macek, 2003). „*Časově vyplňuje adolescence především druhé desetiletí života*“ (Macek, 2003, s. 9). Adolescence (v české terminologii mládež) je, dle tohoto autora, většinou datována od 15 do 20 (22) let. Macek (2003) se přiklání k názoru, že adolescencí se označuje celé období mezi dětstvím a dospělostí. Adolescence je nedílnou součástí života jednotlivce, avšak má i společenskou hodnotu. Sociologové především poukazují na integraci podstatných společenských rolí do osobnosti dospívajícího. S využitím základních sociálních dovedností, které si jedinec osvojil v dětství, a na základě nových emocionálních a kognitivních kapacit rozšiřuje svoje kompetence nepostradatelné pro výkon rolí a přijetí statusu dospělého člověka. Další úroveň integrace je vstup do skutečného světa dospělých.

Období adolescence je dle Langmaiera (2006), obdobím, kdy je postupně dosažena plná reprodukční zralost a dokončován tělesný růst, rychle se mění postavení jedince ve společnosti, vznikají častější a prohloubenější erotické vztahy a mění se jeho sebepojetí. Období dospívání se dle Hortla (2008) rozděluje na dvě fáze. První fáze je nazývána Pubescencí (přibližně 11-15 let). Toto období začíná nástupem puberty, jež je spjata s nástupem prvních známek pohlavního dospívání a končí nástupem menarché u dívek a u chlapců první imisí semene. Druhá fáze je označována jako Adolescence (přibližně ukončovaná mezi 20. - 22. rokem života). V tomto období dochází k významným psychosociálním změnám. Kolem 15. roku dosahuje kognitivní vývoj svého vrcholu a má vliv na morální úsudek. Kognitivní vývoj se nachází ve stádiu formálních operací (teorie Piageta).

Dochází ke změnám vztahu mezi adolescentem a rodiči, vrstevníky a také změna vztahu k sobě samému. Jedním z primárních vývojových úkolů je odpoutání dítěte od rodiny. Ve vztahu s rodiči mluvíme o adolescenční separaci. Její průběh závisí na předchozím vztahu k rodičům a také na reakci rodičů na separační projevy dítěte. V období adolescence se mění též vztahy s vrstevníky. Pro adolescenci je významnou zkušeností sexualita, která bývá často zredukována na kostální sexualitu. Mohou se objevit i přechodné homosexuální kontakty a to většinou před patnáctým rokem, především u chlapců. Nemají přímou souvislost s homosexuální orientací v dospělosti.

Dospívající získávají první zkušenosti erotického a sexuálního rázu mezi 14. - 16. rokem. První zkušenost se sexuálním stykem je kolem 17. roku. Pro adolescenta je důležitý vývoj sociální kompetence, v němž se předpokládá, že si zvolí studijní obor a také se pracovně začlení. Problém nastane ve chvíli, kdy se představy rodičů a společnosti nemohou sladit se zájmy adolescenta. Dále dochází k vývoji vlastní identity, jež vede k nalezení sebe sama. Je schopna samostatného života, reálného sebehodnocení, sebeocení a sebeutěšení.

Adolescence je dospívání a mládí současně, odlišuje se od ostatních životních etap a současně je vnitřně diferencovaná (Macek, 2003).

Adolescence je velice obtížné období v životě jedince, plné náročných situací, které musí dospívající řešit a které mu komplikují jeho sociální roli a psychologickou jistotu:

- Nechce být dítětem a neumí být dospělým.
- Potřebuje nahradit dětský svět, jehož byl středem, novými sociálními vazbami.
- Stojí před mnohými rozhodnutími, které jej nutí k osobní zodpovědnosti.
- Zjišťuje, že existuje mnoho způsobů, jak lze prožít život.
- Hledá smysl světa, života a sebe (Kalina et al., 2010).

Langmaier ve své knize *Vývojová psychologie* (2006) uvádí, že dospívání často doprovázejí změny nálad, emoční nestabilita, impulzivita jednání, nestálost a nepředvídanost reakcí. Emoční nestálost je spojena s potížemi při koncentraci pozornosti a nečinnost dochází ke zhoršení školního prospěchu. Dále autor rozděluje specifické vývojové problémy dospívajících.

Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí, který může být patrný i v poruchách chování u některých mladistvých, musí ještě chodit do školy, avšak se cítí již připraveni na ekonomickou i osobní nezávislost. Dospívající je též zralý pro sexuální aktivitu, touží po ní a současně je odkládána do pozdějšího věku (manželský vztah). V této době si dospívající s odlišnou sexuální orientací začínají plně uvědomovat homosexuální orientaci a často se jí snaží bránit nebo ji překonávat.

Rozpor mezi rolí a statusem, kdy sociální status můžeme chápat jako práva a povinnosti, které určují postavení jedince ve společnosti. Práva a povinnosti jedince jsou v souladu s chováním, které se od něj v určitém postavení očekává.

Dalším problémem je **Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace**. Specifikem starší generace je opět na dřívějších hodnotách, které jsou pro ně platné. Oproti tomu nová generace sbírá vlastní zkušenosti a odmítá přijmout v platnost stará měřítka.

Rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společností nestává ve chvíli, kdy dospívající není vázán na normy a hodnoty rodiny a často je kritizuje, avšak je na nich v jistých ohledech závislý.

1.2 Psychologické vývojové teorie

Vývojové teorie se rozdělovaly na empiristické, jež zdůrazňovaly význam zkušeností a učení pro vývoj dítěte (behaviorismus) a nativistické teorie (koncept pudu v psychoanalýze). V současné době se spíše jedná o otázku procesů vzájemné interakce mezi dispozicemi dítěte a jeho zkušenostmi v průběhu života a zároveň, jak je tento proces vymezován subjektivním prožíváním dítěte (Hortl et al., 2008).

Teorie Sigmunda Freuda a pokračovatelů

Za zakladatele klasické psychoanalýzy je považován S. Freud. Poukazoval na význam dětských zkušeností pro další vývoj, formování osobnosti a psychopatologické projevy v životě. Součástí této teorie je také koncept dětské sexuality. Freud uvádí, že vývoj libida prochází psychosexuálními fázemi jako je orální fáze, kdy dítě přestává být kojeno, anální fáze, jež je spojena s ovládním vyměšování a sebekontrolou dítěte a falická fáze, kdy jsou primární tělesnou oblastí genitálie dítěte a zájem o sexuální témata. Období falické fáze je spojeno s oidipovským komplexem. Dítě prožívá přitažlivost k rodiči opačného pohlaví a naopak rodiče stejného pohlaví odmítá. Pro Freuda byl Oidipovský komplex důležitou událostí morálního vývoje a základním neurotickým konfliktem. Popsal konflikt mezi pudovým přáním dítěte a omezeními na základě sociálních norem. Jedná se tedy o rozpor mezi principem slasti a principem reality. Freud také popsal jako základní oblasti psychického fungování, id, ego a superego.

Dále na klasickou psychoanalýzu navazuje egopsychologie. Ve svých konceptech byla více orientována na fungování „já“ a podmínky zdravého vývoje dítěte. Anna Freudová vytvořila koncepci tzv. vývojových linií, jimiž vývoj dítěte prochází.

Vytvořila pět vývojových linií, jakou jsou: od kojení k racionálnímu přijímání potravy, od inkontinence ke kontrole svěračů, od nezodpovědnosti za své tělo k odpovědnému zacházení s ním, od egocentričnosti k družnosti a od těla k hračce, od hry k práci.

Teorie Erika Eriksona

Jeho teorie vycházely především z klasické psychoanalýzy, které byly obohaceny o pohled na lidský vývoj o sociální hlediska. Vypracoval sekvenci vývojových stádií, kde hrají roli psychosexuální zóny a korespondující způsoby chování dítěte. Erikson byl zastánce myšlenky, že vývoj je věcí vzájemné interakce mezi vyvíjejícím s dítětem a sociokulturními vlivy, zprostředkovanými rodinou a později širší společností. Erikson podtrhl význam osobní identity ve spojení s dospíváním a nevyhnutelnost krizí identity v průběhu života.

Charakterizoval pět vývojových stádií: Cílem prvního vývojového stádia bylo dosažení základní důvěry a představuje zhruba první rok života (orální fáze podle Freuda). V tomto stádiu dítě získává pocit bezpečí v interakci s matkou, jež stabilním způsobem uspokojuje jeho orální potřeby a vnímá signály dítěte. Pokud dítě v kontaktu s matkou nedosáhne základní důvěry, je ohroženo bazální nedůvěrou a problémy v blízkých vztazích v průběhu života.

Druhé stádium se týká dosažení autonomie, v průběhu prvního až třetího roku (anální fáze podle Freuda). Dochází k poznávání vlastního já, ovládání vlastního těla, projevy vlastního názoru a snášet a přijímat omezení od svého okolí.

Třetím vývojovým stádiem je období iniciativy, jež je obdobím kolem třetího až pátého roku života (podle Freuda falická fáze). Dítě jeví zájem o sexuální otázky a jeho fantazie může být zaměřena na témata oidipovského komplexu. V tomto období záleží na přístupu rodičů. Pokud budou příliš striktní, dítě může mít pocity viny, které v budoucnu mohou omezit iniciativu a nepřiměřeně zatěžují superego.

Čtvrté vývojové stádium je mezi šestým až jedenáctým rokem života a je obdobím pracovitosti (období latence podle Freuda). Dítě je ve školním věku, účastní se procesu učení, zaměřuje se na úkol a vztah k práci. Učí se jak spolupracovat s druhými, prožívá pocit uplatnění samo sebe a vlastní hodnoty. V tomto období mají na dítě vliv kromě rodičů i jiné authority, jako jsou učitelé. Dítě může být ohroženo pocity méněcennosti.

Úkolem pátého vývojového stádia je dosažení vlastní identity, jedná se tedy o období puberty a adolescence. U dospívajících vedou některé otázky ke krizi identity (kdo jsem, kam patřím), která představuje krok k dospělosti a utváření dospělého sebepojetí odlišného od představ rodičů. Pro adolescenta může být tato změna obtížná a může vést ke zmatení jeho rolí a k nemožnosti řešení vnitřních rozporů adolescence.

Teorie Margaret Mahlerové

Mahlerová ve svých teoriích vliv chování matky na vývoj nejmenšího dítěte a jeho pozdější schopnost separace, vytvoření objektivní stálosti a vhodné emoční vzdálenosti dítěte a primárního objektu. Mahlerová rozlišuje vývojové fáze na autistickou fázi (do druhého měsíce života), symbiotická fáze (ve druhém měsíci), separačně-individuační fáze, která je rozdělena na čtyři subfáze.

Diferenciační subfáze, začíná ve čtvrtém až pátém měsíci a dítě nalézá schopnost diferenciaci svého těla od matky a matku od cizí osoby. Dále praktikující subfáze (9. až 14. měsíc) dítě se začíná od matky vzdalovat a zkoumá okolí. Ve znovusbližovací fázi (15. až 24. měsíc) se znovu objeví separační úzkost, emoční nerovnováha a potřeba kontroly matky. Důležité je dosáhnout optimální emoční vzdálenosti mezi matkou a dítětem. Poslední subfází je ustálení individuality a dosažení emoční a objektní stálosti (druhý až třetí rok života). Dítě je schopno se bez úzkosti separovat od matky a adaptovat se na další vývojová období.

John Bowlby

Řadí se do skupiny autorů britské školy objektivních vztahů, do níž také patří D. Winnicott nebo M. Balint. Byli zastánci stanoviska, že vývoj dítěte není určen pouze „osudem pudového uspokojení“, ale také kontaktem s matkou a vzájemnou interakcí. Bowlby se inspiroval biologií a etologií a podněcoval myšlenku, že dětská vazba k matce (attachment) představuje biologicky determinovaný pudový systém, který je nutný k přežití. Separace od matky vytváří separační úzkost a představuje možné ohrožení dítěte.

Další, kdo zkoumal typy vazeb mezi matkou a dítětem byla Mary Ainsworthová. Tvrdila, že kvalita vazby se projevuje zejména ve stresové situaci. Na základě svých pokusů popsala typy primární vazby takto: Bezpečné připoutání, nejisté rezistentní připoutání a nejisté vyhýbavé připoutání. Prostřednictvím této teorie byl posuzován vliv separačních situací, které mohou mít u malých dětí traumatizující charakter.

Jean Piaget

Piaget se zabýval vývojovými sekvencemi myšlení dítěte a řešení problémů, jež vycházely z přirozené zvědavosti dítěte. Jeho teorie byla označována jako genetická epistemologie. Vývoj inteligence prochází čtyřmi stádii. Stádium senzomotorické inteligence (od narození do dvou let), znamená, že myšlenkové procesy dítěte jsou vázány na prováděnou činnost, přímé vnímání a motorické akty. Dítě začíná hledat rozdíly mezi prostředkem a cílem a rozlišuje trvalost předmětu v čase.

Ve stádiu předoperačního myšlení (od dvou do sedmi let), dítě užívá více symbolů a řeči avšak jeho myšlení je intuitivní. Myšlení dítěte se stále váže na činnost. Stádium konkrétních operací (asi od sedmi do jedenácti let) znamená, že dítě je orientováno na reálný svět objektů a událostí. Vytváří se operacionální myšlení, které zachází s informacemi z vnějšího světa. U dítěte se vyvíjí morální cítění, užívá jisté logické operace a může chápat reverzibilitu objektu. Ve stádiu formálních operací (po jedenáctém roce a v průběhu dospívání) jsou myšlenkové operace logické a systematické a nezávislé na konkrétní zkušenosti. Vzniká schopnost uvažovat o alternativních řešeních, tvorba domněnek a fantazií.

Teorie učení

Vycházejí z teorie, že vývoj dítěte je určen vlivem zkušenosti, která na něj působí z prostředí. Z hlediska teorií učení jsou popsány dva základní typy podmiňování, jež mají rozhodující vliv na vývoj dítěte. Mechanismus klasického podmiňování, jenž vychází z faktu, že učení je výsledkem souborem vnějších událostí, které mají vliv na chování dítěte. Operativní podmiňování předpokládá, že chování dítěte není utvářeno jenom tím, jak prostředí působí na dítě před jeho reakcí, ale také tím, jak prostředí odpovídá na jeho reakci. Chování je ovlivněno svými následky, tudíž reakcí na podnět. Ve své podstatě je zaměřeno na získání pozitivní zkušenosti a vyhnout se zkušenosti negativní.

Behaviorální přístupy jsou zaměřeny především na vnitřní procesy a postoje dítěte, jež ovlivňují učení. Albert Bandura považoval kognitivní procesy za důležitou součást učení dítěte. Poukázal na podstatu zástupného podmiňování, jež umožňuje dítěti sledovat chování druhých a jeho důsledky v různých situacích (Hortl, 2008).

1.3 Rozdělení období adolescence

Macek (2003) ve své publikaci *Adolescence* uvádí, že všeobecný konsensus je v tom, že je užitečné toto období rozdělovat a rozlišovat v jeho rámci, na tři fáze:

- časnou adolescenci v časovém rozmezí zhruba 10(11) – 13 let,
- střední adolescenci vymezenou přibližně intervalem 14-16 let,
- pozdní adolescenci od 17 do 20 let.

V časně adolescenci, se objevují se první biologické a fyzické změny, které otvírají první pasáž pro průchod z dětství do a posléze i do dospělosti. Ve své podstatě se dá říci, že všichni adolescenti v období rané adolescence pohlavní dozrávání nastartují, většina ho v tomto období ukončí (pokud se považuje za hlavní kritérium schopnost reprodukce) u některých probíhá až při normálním vývoji do střední adolescence. Některé z psychických a sociálních změn v rané adolescenci můžeme považovat za přímý důsledek pubertálních změn. Nejčastěji se projevuje jako zvýšení zájmu o vrstevníky opačného pohlaví, jenž je posilován právě projeveným pohlavním pudem a přítomností sekundárních pohlavních znaků. Ve stejné době se vyskytují další změny, ale nejsou v přímé spojitosti s pubertou, např. vývoj kognitivních procesů. A v neposlední řadě sem patří změny, které jsou v tomto věku determinovány především společenskými podmínkami a nejsou zapříčiněny biologickým dozráváním.

Střední adolescence, zpravidla datována od 14 do 16 let věku, je období, kdy je vlastní dospívání nejčastějším objektem úvah a hodnocení. Pro toto období je charakteristické, že se adolescenti snaží výrazně odlišovat od svého okolí, jinak se oblékají, preferují specifickou hudbu atd. V psychologickém kontextu je toto období hledání osobní identity, tj. vlastní jedinečnosti a autentičnosti. V rozporu se změnami v časně adolescenci, v níž je tak typická regulace vlastního chování (kontrola), je střední adolescence charakterizovaná změnami, které si adolescenti vyvolávají sami.

Pozdní adolescence, ve věkovém rozmezí od sedmnácti do dvaceti let (možné i později), je etapou, která nejvíce explicitně směřuje k dospělosti. V tomto období ukončují dospívající vzdělávání a snaží se nalézt pracovní uplatnění. Podporuje sociální aspekt identity, tj. potřeba někam náležet, podílet se na něčem a něco s druhými sdílet. Ve větší míře než v předchozích etapách vývoje se adolescent zamýšlí nad svou osobní perspektivou, uvažuje o budoucích cílech a plánech, a to ve vztahu k profesi i v partnerských vztazích (Macek, 2003).

1.4 Užívání legálních a nelegálních látek v populaci adolescentů

V České republice v roce 2007 proběhla již po čtvrté Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Jedním z hlavních cílů mezinárodní studie ESPAD je získat srovnatelné informace o rozsahu kouření, konzumace alkoholu a užívání nelegálních drog u mládeže v Evropě. Od března a dubna 2007 proběhl v České republice a v dalších evropských zemích sběr dat pomocí standardizovaného dotazníku. Dotazníkové šetření se týkalo žáků mezi 15-16lety základních a studenty středních škol ve všech 14 krajích České republiky (ESPAD, 2007).

Studie ESPAD je realizována v **4letých intervalech**, poprvé byla aplikována v roce 1995, kdy se do projektu zapojilo celkem 26 evropských zemí. V roce 2003 a 2007 se zapojilo do studie již 35 zemí. Studie ESPAD obsahuje přehled **o rozsahu užívání legálních a nelegálních drog**, poskytuje informace o postojích a názorech studentů, a díky pravidelnému opakování umožňuje sledovat také **vývoj trendů** v jednotlivých oblastech. Cílem studie je získat informace pro srovnání situace v ČR s ostatními evropskými zeměmi a také sledovat **rozdíly mezi jednotlivými kraji** v rámci ČR.

Česká část projektu ESPAD je řízena národním koordinátorem, jímž je PhDr. Ladislav Csémy z Psychiatrického centra Praha, projekt je řešen ve spolupráci s pracovníky Lékařského informačního centra a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

- Užívání legálních látek u adolescentů

Kouření cigaret

V roce 1999 udávalo kouření s denní frekvencí 30,3 % dotázaných studentů. V roce 2003 kouřilo denně 27 % studentů a v roce 2007 celkem 25,2 % dospívajících. Od roku 1999 můžeme sledovat mírný pokles, viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Denní a silní kuřáci v letech 2003 a 2007 (v %) (ESPAD, 2007).

Rok	Chlapci	Dívky	Celkem
1995	37	31	34
1999	46	43	44
2003	43	43	43
2007	36	45	41

Pokud se jedná o rok 2007, je možné sledovat pokles silného kouření u chlapců a naopak se zvýšil počet silných kuřáků mezi dívkami, viz tabulka č. 2. Ze studie ESPAD 2007 vyplývá, že kouřit v životě zkusilo 78 % dotázaných studentů. V experimentování s cigaretou byly zjištěny rozdíly podle pohlaví, rozdíl mezi chlapci a dívkami byl statisticky významný, činil však pouhá 4 % (76 % oproti 80 %). Z celkového počtu dotázaných 18 % uvedlo, že zkusily kouřit jednou či dvakrát za život a pak již v kouření nepokračovaly. Oproti tomu celkem 34 % dotázaných uvedlo, že kouřili více než 40 krát za život. Výskyt kuřáctví se lišil podle typu studované školy a podle struktury rodiny, v níž dotazovaní vyrůstali. Nejméně kuřáků bylo na gymnáziích, nejvíce mezi žáky učňovských škol.

Dále se zjišťovaly vývojové aspekty kuřáctví, kdy bylo zjištěno, že více než ¼ dotázaných získala první zkušenost s kouřením již ve věku 11 let nebo dříve. Kouření s denní frekvencí se nejčastěji objevuje mezi 14. a 15. rokem věku (ESPAD, 2007).

Tabulka č. 2: Kouření cigaret v posledních 30 dnech (v %) (ESPAD, 2007).

	Chlapci		Dívky		Celkem	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Denní kuřáci	29,2	23,4	25,3	26,8	27,0	25,2
Silní kuřáci	9,3	7,7	6,1	8,3	7,6	8,0

Pití alkoholu

Bylo zjištěno velmi nízké procento celoživotních abstinentů (2,6 %). Naproti tomu 60 % všech dotázaných lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholických nápojů. Rozložení frekvencí je u chlapců ve srovnání s dívkami vyšší v kategoriích častého pití. Frekvence pití alkoholu jsou rozdílné podle druhu studované školy, kdy žáci učňovských škol mají výrazně vyšší hodnoty v kategorii pití 40 krát častěji. Mezi studenty gymnázií je nejvyšší zastoupení celoživotních abstinentů (2,8 %).

Pokud jde o oblibu jednotlivých druhů alkoholických nápojů, jednoznačně lze pivo považovat za nejběžnější konzumovaný druh alkoholu. Destiláty jsou konzumovány častěji než víno. Faktorem, který přispívá k většímu výskytu nežádoucích forem pití alkoholu u učňů, může být vliv rodičů. Je známo, že pití alkoholu v dospělé populaci klesá s úrovní vzdělání.

Někteří učni mohou získat nežádoucí návyky prostřednictvím sociálního učení a nápodobou právě od svých rodičů (ESPAD, 2007).

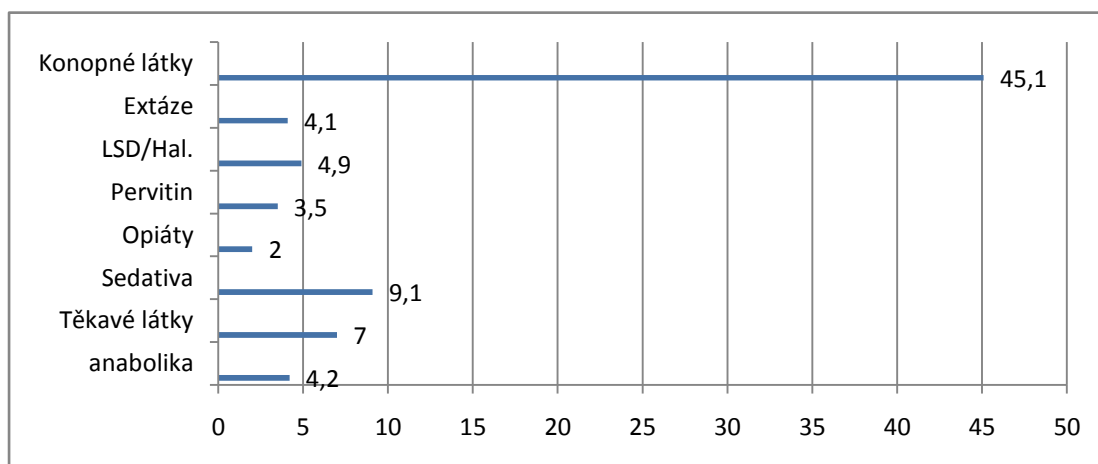
Od roku 1995 vzrůstá u dívek procento těch, které pravidelně pijí pivo. V tomtéž roce byly dokonce u dívek nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu destiláty. V letech 1998 – 2007 je možné sledovat mírný pokles častého pití u chlapců a stabilizace u dívek (ESPAD, 2007).

- Užívání nelegálních látek u adolescentů

V rámci studie ESPAD byly sledovány zkušenosti s užíváním ilegálních (nedovolených) drog velmi podrobně. Nebyly opomenuty ani jiné psychoaktivní látky, jejichž užívání představuje pro dospívající riziko: léky s účinkem na psychiku, anabolické steroidy a organická rozpouštědla.

Drogou, která je v Česku mezi dospívajícími nejrozšířenější je marihuana (hašiš). Zkušenost s užíváním konopných drog přiznalo 45 % dotázaných. Relativně drogou je extáze, kterou zkusilo 4,5 % dotázaných. Drogy s halucinogenním účinkem (LSD a jiné) užilo někdy v životě 4,9 % respondentů. Zkušenost s amfetaminovými drogami (pervitin) mělo 3,5 % vzorku a zkušenosti s heroinem, nebo jinými opiáty přiznala 2 % dospívajících. K užívání léků se hlásí 9,1 % souboru. Inhalování těkavých látek (organická rozpouštědla, lepidla) udávalo 7 % dospívajících. Zkušenost s užíváním anabolik mělo 4,2 % vzorku, viz obrázek č. 1 (ESPAD, 2007).

Obrázek č. 1: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek (v %) (ESPAD, 2007).



Mezi roky 1995 – 1999 většina českých studentů (35 %) má oproti evropskému průměru (16 %) zkušenosti s užíváním konopných látek. Pokud se jedná o užívání nekonopných látek, je to o něco vyrovnanější – zatímco v ČR má zkušenosti s nekonopnými látkami 9 % respondentů, evropský průměr dosahuje 6 %. Velmi výrazné jsou rozdíly v užívání jednotlivých nelegálních drog – rozpouštědla užilo v ČR 7 % (oproti 9 % v Evropě), sedativa užilo 18 % (oproti 7 %). V České republice je také ve srovnání s evropským průměrem častější konzumace alkoholu spolu s léky (14 % oproti 8 %) (ESPAD, 2007).

Ze studií vyplývá, že česká mládež má větší sklony k návykovému chování než jejich evropští vrstevníci. Tyto situace mohou být zapříčiněny např. v tolerantnějším postoji dospělé české populace k legálním návykovým látkám (tabáku, alkoholu) a časté nadměrné užívání těchto látek.

Mezi roky 1995 a 1999 došlo podle výsledků studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) k vzestupu všech ukazatelů návykového chování mládeže – větší část středoškoláků uvádí častou konzumaci alkoholických nápojů, zvýšilo se zastoupení studentů, kteří udávají zkušenost s nelegálními drogami a zároveň se zvýšilo i množství těch, kteří mají s nelegálními drogami opakovanou zkušenost (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřad vlády České republiky, 2007).

1.5 Problémy související s užíváním návykových látek

Poruchy vyvolané návykovými látkami

Dítě, u kterého se objeví porucha vyvolaná účinkem návykových látek, bude brát návykové látky i přes skutečnost, že škodí jeho zdraví. Existuje celá řada poruch způsobených návykovými látkami a každá z nich souvisí s tou určitou konkrétní látkou. Má tedy vlastní symptomy a charakteristické rysy.

Dítě, jež je závislé na návykové látce ji bude brát i přes to, že mu působí zjevné problémy. U takového dítěte je možno pozorovat tři symptomy. V první řadě se jedná o nutkání požit návykovou látku. Dítě může být odhodláno skoncovat s bráním drog, avšak to bude dělat dále. Droga se dostává do popředí v jeho životě, je na prvním místě a na nic jiného nemá čas. Objevuje se růst tolerance na účinné látky. Zvyšující se tolerance vede k tomu, že dítě potřebuje stále větší množství drogy, aby dosáhlo požadovaného efektu.

Když droga přestane působit, začnou se objevovat abstinenci příznaky. Jsou to tedy nepříjemné pocity, kterým se dítě bude chtít vyhnout, tudíž bude brát vyšší dávky drogy. U dítěte ne objeví škodlivé užívání (abúsus) návykových látek. Jelikož opakovaně užívá návykové látky (ta je u něho na předním místě) dostává se do sociálních i mezilidských problémů. Nebude schopno vykonávat práci nebo chodit do školy, pokud nebude pod vlivem drogy. U dětí se objevuje i akutní intoxikace návykovou látkou. Nejčastěji se poruchy vyvolané účinkem návykových látek objeví v dospívání či později.

Kouření nebo čichání rozpouštědel se objevuje obvykle u dětí v pubertálním věku. Látky jako je marihuana a extáze se vyskytují především mezi dospívající mládeží. Dítě může dávat přednost droze před jídlem, nedbá na osobní hygienu, je fyzicky nemocné, agresivní či zamlklé. Užívání drogy je též úzce spjato s prožíváním dítěte, může trpět sklíčeností, poruchami spánku nebo začne být krajně úzkostné nebo psychotické. Ve spojitosti s asociálním chováním má dítě málo přátel, jež mohou mít stejné nebo podobné asociální sklony (Train, 2000).

Rizika při užívání návykových látek u dětí a dospívajících v porovnání s dospělými:

- vysoké riziko těžkých otrav,
- rychleji se vytváří závislost,
- pomalejší psychosociální vývoj,
- vysoké riziko nebezpečného chování či jednání pod vlivem návykové látky,
- návykové problémy u dospívajících jsou spjaty nejčastěji s dalšími komplikacemi, jako je např. trestná činnost (Hortl et al., 2008).

2 RIZIKOVÉ A PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

2.1 Vymezení pojmu rizikové chování

Jako rizikové můžeme označit takové chování, jehož důsledky vedou k prokazatelnému nárůstu sociálních, zdravotních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Pojem rizikové chování nahrazuje, již dříve používaný termín sociálně patologické jevy. Termín sociálně patologické jevy je v jistých oblastech stigmatizující, normativně laděný a především klade důraz na skupinovou/společenskou normu. Vzorce rizikového chování jsou tedy soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné vědecky zkoumat a ovlivnit preventivními a léčebnými intervencemi (Miovský et al., 2010).

Ve školní prevenci rozlišujeme devět oblastí rizikového chování (Miovský et al., 2010):

- záškoláctví,
- šikana a extrémní projevy agrese,
- rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- rasismus, xenofobie,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- prevence v adiktologii,
- spektrum poruch příjmu potravin,
- okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN.

Rizikové chování je pojem, jímž se zabývají jak medicínské, tak sociální vědní obory, a který obvykle zahrnuje (Miovský et al., 2010):

- interpersonální agresivní chování (např. násilné chování, šikana, týrání, rasová nesnášenlivost a diskriminace některých skupin, extremismus),
- delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (např. krádeže, vandalismus, sprejerství),
- rizikové zdravotní návyky (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, ale i nezdravé stravovací návyky, nedostatečná nebo nadměrná pohybová aktivita),

- sexuální chování (např. předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství),
- rizikové chování ve vztahu k společenským institucím (např. problémové chování ve škole jako záškoláctví, neplnění školních povinností, nedokončení studia na střední škole),
- prepatologické hráčství,
- rizikové sportovní aktivity (např. provozování adrenalinových a extrémních sportů).

Za rozhodující rizikové faktory dospívání lze považovat selhání při naplňování jednotlivých vývojových selhání. Dospívající může selhat ve vytváření vztahů s vrstevníky, když si nedokáže vytvořit odpovídající místo ve skupině vrstevníků a dostává se do pozice odmítaného člena skupiny, může podmiňovat vývin delikventních projevů chování, přijímání norem antisociálních skupin, případně může vést k sociální izolaci a z toho pramenící behaviorálním a emocionálním poruchám (Labáth, 2001).

2.2 Problémové chování v adolescenci

V období adolescence je vysoká míra pravděpodobnosti vzniku a rozvoje problémového a rizikového chování. Z významového hlediska dochází k poškozování tělesného či duševního zdraví. Problémové a rizikové chování u adolescentů je spojeno s negativním vlivem na společnost, jenž může poškodit druhé lidi (Macek, 2003).

R. a S. Jessorovi (in Macek, 2003) vytvořili obecnější sociálně psychologický vývojový model vztahů mezi problémovým chováním a jeho determinantami. Součástí modelu jsou čtyři bloky vzájemně souvisejících faktorů, které ovlivňují chování:

- Charakteristiky sociální struktury a demografické charakteristiky.
- Socializační vlivy.
- Vnímané charakteristiky prostředí.
- Osobnostní charakteristiky adolescentů.

2.3 Projevy rizikového chování

Od devadesátých let je možné sledovat zvyšující se míru rizikového a problémového chování adolescentů. Ve větší míře k tomuto zjištění přispěla nižší státní a institucionální kontrola nad chováním lidí a v tomto případě i mládeže. Do popředí vystupuje větší benevolence, tolerance a respekt k specifické „subkultuře teenagerů“. Mezi další, poněkud přesnější příčiny, můžeme zařadit větší důraz na výkonovou složku, zvýhodnění materiálních hodnot u některých skupin obyvatelstva, větší tlak soustředěný na vlastní rozhodování, názorovou pluralitu a osobní svobodu. Je možné říci, že některé projevy problémového chování, které jsou v současné době zřetelné, byly v minulosti latentní nebo pečlivě skryté. Jedná se především o projev rasových a nacionalistických postojů a také o problém drog (Macek, 2003).

2.4 Rizikové faktory poruchového chování

Nejvýstižněji, dle mého názoru, definuje poruchové chování Vágnerová (1999, s. 182): *„Dispozice k poruchovému chování je multifaktoriální. Projeví se zde jak biologické předpoklady, tak vliv mnoha sociálních faktorů, tj. nežádoucích zkušeností. Jde o interakci rizikových vlivů.“*

Se vznikem poruch chování přímo či nepřímo souvisejí i různé osobnostní vlastnosti. V tomto kontextu, tedy jejich kombinací se mohou vytvářet rozdílné typy osobnosti, které podmiňují odlišné adaptační problémy. Jednotlivé typy temperamentu s určitými znaky prožívání a reaktivity mohou představovat faktor posilující riziko vzniku odchylek v chování. Děti, které jsou více emocionální, snadněji reagují impulzivně, to znamená i méně citlivě. Tudíž impulzivita a silné emoce mohou jedince predisponovat ke zkratovému jednání (Vágnerová, 2005).

Vojtová (2008) poukazuje na nevhodnost používání pojmu porucha chování, jež spočívá v nekompromisnosti a stigmatizaci, za metodicky přesnější je považován termín individuální dispozice k poruchám chování. Diagnóza „porucha chování“, nemůže být z etického pohledu hodnotícím posuzováním dítěte.

3 PORUCHY CHOVÁNÍ

3.1 Charakteristika poruch chování

Poruchy chování jsou definovány dle Vágnerové (2008, s. 464): „jako jednání, kdy dítě není schopné či ochotné respektovat stanovená pravidla a brát ohledy na ostatní. Při hodnocení nepřiměřenosti jednotlivých projevů chování je třeba vzít v úvahu, zda je dítě schopné pochopit podstatu určité normy chování a zda, s ohledem na dosažený stupeň vývoje, dokáže své jednání dostatečně ovládat. Problémové chování lze vymezit jako rozdíl mezi reálným a žádoucím jednáním. Jde o míru odlišnosti chování od normy. Která je sociokulturně specifická. To znamená, že nejen samotná pravidla, ale i tolerance k určitým projevům, mohou být v závislosti na společenské příslušnosti rozdílné.“

Autorka se také zmiňuje o tom, že v dětském věku lze poruchy chování rozdělit na neagresivní porušování sociálních norem (lži, útěky, toulání) a agresivní poruchy chování (šikana, vandalismus, přepadávání). Za závažnější, lze z hlediska porušování práv ostatních, považovat agresivní chování. Zdůrazňují až ve středním školním věku. Mohou být signálem pro budoucí závažnější poruchu nebo mohou mít přechodné trvání.

Poruchy chování dětí a dospívajících se zjišťují pomocí mezinárodních klasifikačních systémů MKN- 10 (Vágnerová, 2008).

3.2 Neagresivní formy chování

- Lhaní

Lhaní je pro některé jedince způsob, jak uniknout z osobně nepříjemné situace, kterou nedovedou vyřešit jinak (Vágnerová, 1999). Ne každá lež, jinak označována nepravda, kterou dítě uvádí, musí mít lživý význam. V tomto kontextu lze rozlišit lži na tři základní kategorie:

1. Smyšlenka – nejčastěji se vyskytuje u dětí předškolního věku a není z pravidla považována za patologický jev či něco zvláštního. Dítě si uvědomuje nepravdivost svého výroku.
2. Bájná lež – se označuje vyprávění a vymyšlení dlouhých, neskutečných příběhů. Tímto vyprávěním chce především vzbudit pozornost.

3. Pravá lež – na rozdíl od obou předešlých, je vždy vědomá a sleduje nějaký cíl. Objevuje se u jedinců ve věku, kdy jsou již schopni si plně uvědomit rozdíl mezi pravdou a nepravdou. Slouží hlavně k oddálení nepříjemné události (Martínek, 2009).

– Útěky a toulání

Za jistou formu únikového jednání můžeme považovat útěk. Dítě využívá útěku, aby se vymanilo z prostředí, které se mu jeví jako ohrožující nebo jinak nepříjemné. V návaznosti na předešlé tvrzení se jedná o útěky z domova nebo z ústavních zařízení, jako je například dětský domov. Hlavní riziko rozvoje variant poruch chování představuje i nefunkční rodina. Útěky mohou mít různé formy, které mají nejen odlišný projev, ale i odlišnou motivaci.

Reaktivní, impulsivní útěky jsou impulzivní reakcí na nezvládnutou situaci ať už v domácím prostředí či ve škole. Útěk může být signálem zoufalství nebo též varováním. V tomto případě se dítě zpravidla chce vrátit domů. Pokud má útěk takovou motivaci, je tedy ojedinělý a po vyřešení problému se již neopakuje.

Chronické útěky jsou ve větší míře plánované a připravované, vyplývají obvykle z dlouhodobých problémů. Dítě se v tomto případě nechce vrátit domů. Útěky z dětského domova, diagnostického ústavu či výchovného ústavu, jsou odpovědí dítěte na pocit omezení svobody či odtržení od prostředí, které pro dítě představuje zázemí. Toulání je charakteristické opuštěním domova, které má dlouhé trvání a z pravidla navazuje na útěky. Je demonstrací důkazem nedostatečné citové vazby k lidem a k zázemí, které je natolik dysfunkční, že na něm dítěti nezáleží.

Dospívající jedinec se může toulat sám, nebo v partě (skupina přátel). Toulaví jedinci ve větší míře kradou a prostituují nebo bývají zneužíváni. Je zde vyšší pravděpodobnost, že začnou užívat drogy nebo alkohol (Vágnerová, 1999).

Stejné stanovisko na tuto problematiku, jako autorka Vágnerová, zaujímá i Zdeněk Martínek ve své publikaci *Agresivita a kriminalita školní mládeže* (2009) v níž tvrdí že, příčina úteků u některých jedinců je touha po dobrodružství a snaha o zviditelnění své osoby mezi vrstevníky.

- **Krádeže**

Krádeže jsou ve větší míře charakterizovány záměrností jednání. Pro posouzení poruchy je podstatný způsob krádeže. Mladší děti preferují neplánované, příležitostné krádeže, které mají menší význam. V tomto případě je krádež výsledkem impulzivní reakce, nezvládnutelné aktuální potřeby mít nějakou věc, která se jim líbí, aniž by svůj čin předem plánovaly. Závažnějším problémem jsou plánované a předem promyšlené krádeže, které obvykle vykytují až ve starším školním věku. Za nejzávažnější typ, lze považovat opakované krádeže v partě. Zloděj má absolutní podporu členů skupiny, ke které chce patřit nebo patří a krádež ani nepovažuje za závažné porušení norem (Vágnerová, 1999).

V návaznosti na problematiku, kterou se zabývá Vágnerová, poukazuje Martínek (2003) na pravou krádež. Za pravou krádež lze považovat to, že dítě či mladiství odcizí nějaký předmět vědomě a plně si při tom uvědomuje nesprávnost svého chování. Větší množství krádeží v dětském a mladistvém věku není způsobena psychiatrickým onemocněním, ale má na ni převážně podíl prostředí, kde dítě žije, parta či nevýhodné postavení v kolektivu dětí.

- **Záškoláctví**

Záškoláctví může mít řadu příčin, jedná se o nechuť ke školní práci, o poruchu vztahů mezi dětmi, strach ze školy nebo z učitele. Záškoláctví můžeme rozdělit na dvě základní skupiny:

1. Záškoláctví impulzivního charakteru, kdy dítě předem neplánuje, že nepůjde do školy. Reaguje náhle nepromyšleně nebo odejde v průběhu vyučování. Takto impulzivně vzniklé záškoláctví může trvat i několik dnů, dokud rodiče nezjistí, že dítě do školy nechodí.
2. Záškoláctví plánované, účelové se objevuje většinou tehdy, když se dítě či mladiství chce vyhnout například písemné práci, neoblíbenému předmětu či vyučujícím.

Příčiny záškoláctví se mohou být způsobeny negativním vztahem ke škole, vlivem rodinného prostředí a také vlivem party a trávení volného času (Martínek, 2009).

3.3 Agresivní formy chování

– Šikana

Velmi výstižně definuje šikanu Vágnerová (1999, s. 120), dle ní lze „*Šikanu definovat jako násilně se projevující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit.*“ Autorka dále uvádí, že chování, ve kterém se mohou objevit prvky šikany lze sledovat už ve středním školním věku, tedy v době, kdy se třída transformuje na strukturovanou skupinu, která má své normy a hierarchizované role.

Kolář (2001, s. 27) označuje šikanování jako „*nemocné chování, jehož hlavní rysy lze popsat následovně: Jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci.*“ Uvádí šikanování jako závislost, poněvadž jde o vzájemnou vazbu mezi agresorem a obětí.

Šikana je dle Martínka (2009, s. 112) „*postupně se rozvíjející negativní chování vůči spolužákovi či spolužákům, může to však být i jednorázový, krátkodobý akt, který ve své podstatě splňuje dvě výše uvedené podmínky.*“

Pro správné porozumění pojmu šikana je podstatné v rámci této kapitoly zmínit jak osobnost agresora, tak osobnost oběti. Vágnerová (1999) ve své publikaci *Psychopatologie pro pomáhající profese* blíže specifikuje **osobnost agresora**. Šikanující agresor je ve většině případů fyzicky zdatný a silný, ale neukázněný, rád se předvádí a dokazuje svou převahu nad ostatními, bývá necitlivý a bezohledný. Zpravidla nemá dostatečně vyvinuté svědomí a za své chování se necítí vinen.

V návaznosti na předchozí charakteristiku rozděluje Martínek (2009) několik typů agresorů. Agresor, jenž je hrubý, fyzický – při týrání své oběti používá fyzické síly a převahy. Agresor, který je jemný, kultivovaný – stojí v pozadí jako šedá eminence, má také své pomahače, plní jeho příkazy. Agresor srandista, který si nepřipouští žádnou zodpovědnost a starosti z ní vyplývající a agresor spouštějící ekonomickou šikanu.

Šikanovaná oběť mívá často nějaký druh handicapu. Bývají to tiché, klidné, úzkostné a plaché děti s nízkým sebevědomím. Jsou fyzicky slabé, někdy obézní nebo jinak nápadného zevnějšku (Vágnerová, 1999).

Dle Martínka (2009) se oběti mohou řadit do určitých typů. To znamená oběť na první pohled, která sama ze sebe vyjadřuje svoji slabost, oběť, která je delší dobu závislá na ochraně matek či babiček a handicapované děti a děti učitelů.

Dle Koláře (2001) se typy obětí dělí na oběti slabé s psychickým a tělesným handicapem, silné a nahodilé, nahodilé a nekonformní a šikanovaní žáci s životním scénářem oběti.

- Delikvence

Termínem delikvence je označováno antisociální chování, které může nebo nemusí, být spjato s právními důsledky, přičemž delikvencí se zpravidla rozumí mírnější porušení právních nebo morálních norem, zejména dětmi nebo dospívajícími, zatímco termínu kriminality se používá již pro závažné přestupky a trestné činy u dospělých osob nejčastěji ve věku nad 24 let (Koudelková, 1995). Autorka uvádí, že delikventní chování lze považovat za relativně výstižný termín a tedy jako mírné označení pro přestupky, provedené dětmi a dospívajícími, i když v psychologickém smyslu pojem delikvence nepředstavuje vlastně žádnou jednotnou kategorii chování.

Pokud na tuto problematiku nahlížíme z psychologického hlediska, je důležité pro vymezování delikventního chování jeho motivace. Nejčastěji je delikvence definována jako nedostatek ve funkci svědomí a tudíž slabost superega. Vychází se z názoru, že člověk nezvnitřnil normy a zákazy platné ve společnosti, v níž žije, že se neidentifikoval s hodnotami rodičů a vychovatelů, že vyhledává uspokojení svých potřeb na úkor reality a morálky (Koudelková, 1995).

- Vandalismus

Termínem vandalismus můžeme označit ničení a poškozování, které se jeví jako neúčelné a nesmyslné, protože zdánlivě nepřináší žádný užitek ani samotnému aktérovi. U mladších školáků se jedná jen o projevy impulzivní nebo nekorigované, obvykle posilované účastí dalších vrstevníků. Pro děti je ničení jedna z forem vybití energie a nad důsledky svého jednání nepřemýšlí. Pokud mluvíme o středním školním věku a dospívání může být vandalismus motivován různými pohnutkami, může být výrazem potřeby nabuzení, eliminace nudy, potřeby pobavit se nebo jen upoutat pozornost, šokovat a provokovat.

Poškozování věcí může být projevem nelibosti vůči majiteli, pomsty či potřeby jej nějakým způsobem zasáhnout, ponížit, zničit mu symbol jeho sociální prestiže, ať už je to úkol, oblečení nebo hračka (Vágnerová, 2005).

V období dospívání je vandalismus jistou formou vyjádření protestu, potřeby seberealizace, upozornění na sebe a na své nové kompetence, i když zatím jen destruuující a nic nevytvářející. Nejvíce tak jednají ti, kteří nenaleznou jinou možnost uplatnění, pak mnohdy nejde jen o ničení věcí, ale i o agresí zaměřenou na lidi, často neselektivně.

Dospívající se cítí nedostatečně oceněn a akceptován, nemá vnitřní důvod chovat se ohleduplně, to je z jeho hlediska zcela logické, že se projevuje asociálně. Mezi specifické projevy dospívajících, hodnocený jako vandalismus, je tvorba graffiti. Primárně je tato činnost projevem negace hodnot společnosti. Pro dospívající je podstatné, že tímto způsobem upoutávají pozornost a šokují bez ohledu na to, že se většině lidí graffiti nelíbí (Vágnerová, 2005).

4 PREVENCE

Pojem prevence lze vysvětlit jako soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit nebo také snížit výskyt a šíření rizikového chování. Podstatně rychleji se vyvíjela prevence užívání návykových látek (Miovský et al., 2010).

V obecném slova smyslu můžeme prevenci členit na prevenci primární, sekundární a terciální.

1. **Primární prevence** je předcházení vzniku rizikového chování u osob, u kterých se ještě rizikového chování neobjevilo. Jako příklad je možné uvést např. předcházení užití návykových látek u osob, které dosud nebyli s drogou v kontaktu.
2. **Sekundární prevence** je tedy předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou rizikových chování ohroženi nebo vystaveni. Např. předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které drogu určitou dobu užívají.
3. **Terciární prevence** je předcházení zdravotním nebo sociálním problémům v důsledku rizikového chování. Kupříkladu předcházení vážnému, trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog (Gallá et al., 2005).

Hlavním cílem primární prevence je tedy předcházet a redukovat množství rizik spojených s konkrétními projevy rizikového chování. Snahou primární prevence je zamezit, nejvyššímu počtu osob, aby se u nich výraznější projevy rizikového chování vůbec objevily. Ve skutečnosti se nedá s jistotou říci, že se tento úkol podaří u všech jedinců. Právě z tohoto důvodu jsou definovány ještě tři další úrovně obecných cílů specifické primární prevence vztahující se k jedincům, u kterých se nepodařilo zabránit nástupu výraznějších projevů rizikového chování (MŠMT, 2005, Černý, 2010):

- Oddálit iniciaci a rozvoj projevů spojených s rizikovým chováním do co nejvyššího věku a minimalizovat tak rizika spojená s tímto chováním.
- Působit na jedince a motivovat je k upuštění od rizikového chování a podporovat je v návratu k životnímu stylu, jež není spojen s rizikovým chováním.
- Zajistit ochranu adekvátními prostředky před dopady rizikového chování a motivovat jedince k využití odborné pomoci v poradenské a léčebné oblasti.

4.1 Druhy prevence

Specifická primární prevence

Týká se především užívání návykových látek. Jsou to tedy pouze takové aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny na některou z konkrétních forem rizikového chování a které mají prokazatelně přímý a explicitně vyjádřený vztah k určité konkrétní formě rizikového chování a tématům s tím spojených, u kterých je zřejmá časová a prostorová ohraničenost realizace a dále ty, které jsou zacíleny na jasně ohraničenou a definovanou cílovou skupinu a s tím související zdůvodnění matchingu (MŠMT, 2005).

Existují tři úrovně provádění primární prevence (Gallá et al., 2005):

- Všeobecná primární prevence, která je zaměřena na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na více či méně rizikové skupiny, bere ohled pouze na její věkové složení a případná specifika daná například sociálními nebo jinými faktory. Programy jsou určeny pro větší počet osob (třída či menší sociální skupina).
- Selektivní primární prevence, která se zaměřuje na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory podstatné pro vznik a vývoj různých forem rizikového chování, to znamená, že jsou ve větší míře ohrožené než jiné skupiny populace. Pracuje se zde pouze s menšími skupinami či jednotlivci.
- Indikovaná primární prevence je zaměřena na jedince, kteří jsou ve větší míře vystaveni působení rizikových faktorů nebo se u nich již vyskytly projevy rizikového chování. Podstatou je podchytit problém co nejdříve, posoudit ho a vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a ihned je zahájit.

Nespecifická primární prevence

Je zaměřena na protektivní faktory, které obecně souvisí s podporou zdraví ve smyslu tělesném, duševním i sociálním a zdravého a sociálně přijatelného životního stylu (Bém, 2003, kapitola 10.1).

Nespecifická primární prevence zahrnuje takové, které nemají přímou souvislost s rizikovým chováním a aktivity napomáhající snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikového chování prostřednictvím lepšího využití volného času. Je možné zařadit sem například sportovní a volnočasové aktivity. Řadí se sem také programy, které vedou k dodržování určitých společenských norem, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání (MŠMT, 2005; Černý, 2010).

4.2 Minimální preventivní program

Minimální preventivní program ve škole

Minimální preventivní programy jsou zaměřené na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní rysy a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Minimální preventivní program (MPP) se zpracovává na období školního roku a odpovídá za něj školní metodik prevence. MPP je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy činnosti školy. Podléhá kontrole České školní inspekce. Při tvorbě a realizaci MPP je nutná spolupráce všech pedagogických pracovníků školy (Skácelová in Miovský et al., 2010).

V podstatě každá škola a každý metodik prevence má mít ve svém archivu aktuální verze všech dokumentů, které tvoří základní rámec pro realizaci MPP a jakýchkoli dalších preventivních aktivit:

- Platné školské dokumenty pro oblast primární prevence.
- Koncepce primární prevence na úrovni celonárodní, kraje, obce.
- Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek.
- Dlouhodobou preventivní strategii školy.
- Řád školy.
- Krizový plán a postup školy při výskytu rizikových forem chování dětí a mládeže.
- Sankční řád.

Přesné znění těchto dokumentů je dostupné na webových stránkách MŠMT.

Při tvorbě efektivního preventivního programu je třeba spolupráce a odpovědnost pedagogických i nepedagogických pracovníků školy na všech úrovních. Úkoly a role jednotlivých participujících stran na MMP jsou rozděleny takto:

- Ředitel školy má odpovědnost za podporu, vytváření a realizaci MPP,
- Školní metodik prevence koordinuje přípravy a realizace programu,
- Pedagogičtí pracovníci začleňují preventivní témata do výuky svých jednotlivých předmětů, toto označení je rozpracováno v ŠVP,
- Třídní učitelé mají nezastupitelný význam při monitoringu rizikového chování ve své třídě, při realizaci preventivních programů a jejich evaluaci
- Žáci efektivně participují na přípravě a realizaci preventivního programu
- Metodik prevence PPP zajišťuje odbornou a metodickou pomoc pro ŠMP a je garantem kvality programů v daném regionu,
- Krajský školský koordinátor koordinuje primární prevenci realizovanou v rámci krajské koncepce PP,
- Spolupráce školy s jinými organizacemi, které poskytují preventivní programy v daném regionu (Miovský et al., 2010).

5 CHARAKTERISTIKA DĚTSKÝCH DOMOVŮ

Součástí prevence rizikového chování jsou považovány různé typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky (Miovský et al., 2010).

Doležalová (2010) v publikaci *Prevence rizikového chování ve školství*, poukazuje na fakt, že pokud chceme mluvit o prevenci rizikového chování v dětských domovech, bylo by vhodné ujasnit si typologii dětí v těchto zařízeních. Lze říci, že větší část dětí v ústavní i preventivně výchovné péči má určitý stupeň projevů rizikového chování nebo se jedná o děti s tzv. poruchami chování, které se dle staré terminologie řadí k poruchám adaptace, neurózám, disharmonickému vývoji a poruchám osobnosti.

Děti v ústavní výchově jsou považovány za ohrožené sociální exkluzí, a tudíž je třeba se v prevenci zaměřit na co nejvyšší rozvoj kvality jejich života i jeho jednotlivých aspektů. Preventivní opatření by měla být pravidelně evaluována a monitorována.

Primární prevence v ústavní péči se zabývá cílovou skupinou dětí a mladistvých, kde se jedná vždy o selektivní prevenci, neboť rodinné zázemí a složitá osobní situace u těchto dětí přináší vyšší rizikovitost (Miovský et al., 2010).

U větší části dětí z této kategorie hovoříme o indikované primární prevenci, poněvadž se u nich vyskytly první známky rizikového chování (např. první experimenty s návykovými látkami, šikanování v kolektivu apod.).

Prevence projevů rizikového chování se realizuje v ústavních zařízeních průběžně, v celé škále metod a opatření od nespecifické primární prevence, specifické všeobecné, indikované a selektivní primární prevence až po sekundární a terciární prevenci.

Dětské domovy jsou zařízení určená dětem bez závažných výchovných problémů, somaticky i psychicky zdravým, zpravidla ve věku od 3 do 18 let. Probíhá zde společná školní výuka chlapců a děvčat. Existují dětské domovy rodinného typu, kde se snaží vytvořit podobu rodinné struktury ve skupině 8 – 10 dětí, která tvoří tzv. rodinnou buňku s kvalitním soukromím zázemím. Děti docházejí do běžných základních, středních nebo odborných škol.

Dětské domovy se školou vychovávají děti s nařízenou ústavní výchovou, ale i s uloženou ochrannou výchovou do 15 let. Indikací k umístění bývají závažné poruchy chování nebo duševní poruchy vyžadující výchovně léčebnou péči. Školní docházka se oproti dětským domovům může uskutečnit přímo v zařízení nebo též v běžných školách (Doležalová, in Miovský et al., 2010).

Minimální preventivní program v dětských domovech

Minimální preventivní program (MPP) je vytvořen dle pokynů MŠMT. Napomáhá pracovníkům vytvořit podnětné prostředí pro výchovu, směřovat děti ke zdravému životnímu stylu a prostřednictvím tohoto eliminovat škodlivé jevy ve společnosti. Mezi tyto jevy můžeme zařadit závislosti jak fyzické tak i psychické, nezdravé mezilidské vztahy a také pomoc v oblasti prevence vzniku rizikového chování (především problematika šikany).

Cílem MPP je ve spolupráci s ostatními pracovníky dětských domovů naučit děti, jak pracovat se svým volným časem, formovat osobnost dítěte a zvládnutí základních sociálních dovedností.

Cílem MPP je vytváření pozitivního prostředí, podpora pocitu důvěry, zařazení a práce ve skupině vrstevníků, výchova dětí ke zdravému životnímu stylu, prevence nevhodného chování mezi dětmi v buňce, pestrý program volnočasových aktivit a nabídka zájmových kroužků, dostatečné množství informací pro vychovatele v oblasti rizikového chování, podpora aktivit dětí a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností a začlenění méně průbojných dětí do kolektivu.

Většina dětí v dětském domově patří k ohrožené skupině, jež se setkala s rizikovým chováním ještě před příchodem do dětského domova. V jejich rodinách se mohlo vyskytnout zneužívání návykových látek stejně jako násilí v různých formách. V dětském domově je primární prevence zaměřena na otevřenost a neformálnost vztahu s pedagogickými pracovníky. Program je jednou ročně vyhodnocován, sleduje se průběh a efektivita jednotlivých aktivit a podléhá kontrole.

Hlavními aktivitami prováděnými v rámci primárně preventivního programu v dětských domovech jsou průběžné vzdělávání pedagogických pracovníků. Pracovníci jsou školeni v metodách a technikách preventivní výchovy, nácvik praktických (sociálně) psychologických dovedností, techniky rozvíjení osobnosti, metody vytváření pozitivních vztahů a řešení problémových situací, systémové zavádění etické a právní výchovy, výchovy ke zdravému životnímu stylu.

Dále jsou pracovníci školeni v uplatňování různých forem a metod působení na jednotlivce a skupiny, zaměřeného na podporu rozvoje jejich osobnosti a sociálního rozvoje, vytváření podmínek pro smysluplné využití volného času dětí a mládeže, diferencované uplatňování preventivních aktivit a programů, zaměřených speciálně na jednotlivé rizikové skupiny, poskytování poradenských služeb a zajišťování poradenských služeb specializovaných poradenských a preventivních.

Koordinace preventivních aktivit je na metodikovi prevence, který je jmenován ředitelem zařízení. Přípravuje MPP a má podíl na jeho realizaci v rámci celého zařízení. O průběhu a realizaci celého programu jsou informováni děti, pedagogičtí pracovníci a široká veřejnost pomocí webových stránek či pedagogické poradny.

Metodik prevence spolupracuje s pedagogickými pracovníky, správními zaměstnanci, pedagogy škol, institucemi a organizacemi. O průběhu MPP informuje ředitele zařízení a pravidelně vyhodnocuje aktuální situaci ve škole.

Prevence rizikového chování u dětí a mládeže je zaměřena především na násilí a šikanu, záškoláctví, kriminalitu, delikvenci, vandalismus, rasismus, intoleranci, užívání návykových látek, gambling a kyberšikanu.

6 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Práce se zabývá rizikovými faktory užívání návykových látek u dětí, které jsou v ústavní péči. V této práci se konkrétně zaměřuji na dětské domovy lokalizované v Jižních Čechách.

Cílem této práce je zjistit, dle škály SURPS, zda daní jedinci mají predispozice k rizikovému chování. Tento problém aplikovat a demonstrovat na dětech z dětského domova.

6.1 Výzkumné otázky

Jsou děti z dětských domovů v Jižních Čechách více ohroženi rizikem užívání návykových látek ve srovnání s českými normami?

Budou mít děti z dětských domovů vysoké skóre v jednotlivých sledovaných škálách?

Je dotazník SURPS dostatečně informativní z hlediska zkoumané problematiky?

Bylo by možné výsledky tohoto dotazníkového šetření využít pro zvýšení efektivity primárně preventivních programů v dětských domovech?

7 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU

V kontextu výzkumného šetření byly dodrženy a respektovány veškeré etické náležitosti výzkumu. Dotazník, jenž byl předkládán respondentům, byl zcela anonymní. Respondenti byli seznámeni s účelem dotazníkového šetření a ujištěni o anonymitě údajů.

Získaná data z dotazníkového šetření byla použita pouze pro účely této práce. Všechny oslovené a zúčastněné dětské domovy podepsali informovaný souhlas s poskytnutím údajů do této práce. Zároveň v těchto dokumentech písemně potvrdili, že jsem mohla být v tom daném zařízení a vyplňovat dotazníky s dětmi.

Samozřejmě byla po ukončení dotazníkového šetření zachována mlčenlivost.

8 METODY VÝZKUMU

8.1 Metody sběru dat

V rámci dotazníkového šetření jsem zvolila kvantitativní výzkum. Nejprve jsem si vytyčila výzkumné otázky a současně cíl, kterého bych chtěla dosáhnout. Pomocí těchto otázek jsem určila proměnné, jimiž jsem se ve studii zabývala. Zvolila jsem si výzkumný soubor v podobě dětí z dětských domovů v Jižních Čechách.

Oslovení dětských domovů probíhalo v etapách. V první etapě jsem si na webových stránkách vyhledala veškeré dětské domovy v Jižních Čechách. Prostřednictvím telefonního kontaktu jsme uzavřeli kontrakt. V druhé etapě jsem poslala na emaily znění dotazníku SURPS a způsob, kterým bych jej přiblížila dětem. Dále jsem uvedla účel této práce a její zpětné využití pro dětské domovy. Pokud se mnou chtěl dětský domov spolupracovat, sjednali jsme si schůzku spojenou již s dotazníkovým šetřením. Vysvětlila jsem ředitelům délku administrace dotazníků a vhodnost nepřítomnosti pedagogického dozoru při jeho vyplňování. Důležitý byl také čas, jenž byl potřebný pro administraci dotazníků. Musela jsem se tedy přizpůsobit harmonogramu dětského domova. Některé děti odjízďely k rodičům a nebyli by tudíž přítomni dotazníkovému šetření. Sběr dat proběhl od do září 2011 většinou v dopoledních hodinách.

Po vstupu do dětského domova jsem vyhledala kontaktní osobu, pomocí které jsem byla uvedena do třídy nebo společenské místnosti, kde se sběr dat odehrával. Kontaktní osobou byl nejčastěji ředitel (ředitelka) nebo zástupce zařízení. V jednom případě jsem byla v kontaktu s metodikem prevence.

Sběr dat proběhl formou konzultací v individuálních skupinkách. Jednotlivci byli seznámeni se způsobem vyplňování dotazníků a jeho účelem. Během vyplňování dotazníků jsem byla neustále přítomna a ochotna odpovědět na jakoukoli otázku, která mohla respondenty během vyplňování napadnout. Získaná data ze všech dětských domovů jsem zpracovávala v dokumentu Excel. V závěru studie jsem vytvořila tabulky a následně i grafy, jež vycházely z dotazníkového šetření.

Dotazník SURPS (Substance Use Risk Profile)

Zahraniční verze dotazníku SURPS byla vytvořena autory Woicik, P. A., Conrod, P. J., Phil, R. O., Stewart, S. H. and Dongier, M. (1999). České verze dotazníku SURPS, tvorba populačních norem pro žáky 2. stupně ZŠ (11-16let) byla provedena PhDr. Martinem Dolejšem (Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Katedra psychologie), odborní vedoucí standardizační studie byli doc. PhDr. Vladimír Řehan (Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, Katedra psychologie) a doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. (Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Univerzita Kalova v Praze) (Dolejš, 2010).

Dotazník SURPS je zaměřen na prevenci rizikového chování a na faktory, které mohou za určitých okolností vést ke výšší pravděpodobnosti užívání legálních a ilegálních látek. Zvýšené hodnoty těchto faktorů mohou poukazovat na agresivitu, nepřátelství nebo negativismus. Dotazník obsahuje 23 otázek, na které respondenti odpovídají jednou ze čtyř nabídnutých odpovědí. Odpovědi jsou očíslovány od jedné do čtyř (1 rozhodně souhlasím, 2 souhlasím, 3 nesouhlasím a 4 rozhodně nesouhlasím). Dotazník není časově náročný, délka vyplnění je 15 minut a je možno ho zadávat individuálně nebo i skupinově. Je součástí preventivního programu Preventure (Dolejš, 2010).

Statistické normy pro chlapce a dívky v Británii byly ve věkovém rozmezí 14-16 let. V rámci české studie SURPS jsou vytvořeny statistické normy pro žáky ve věku 11-16 let. Dotazník SURPS je zaměřen na populaci adolescentů ve věku 11-20 let (jedná se o žáky 2. stupně ZŠ a studenty středních škol).

Dotazník, pomocí 23 položek (otázek), měří čtyři osobnostní charakteristiky adolescentů, mezi které patří:

1. impulzivita (tvořena 5 položkami, 5 – 20 bodů),
2. vyhledávání vzrušujících zážitků (tvořena 6 položkami, 6 – 24 bodů),
3. přecitlivělost (tvořena 5 položkami, 5 – 20 bodů),
4. negativní myšlení (tvořena 7 položkami, 7 – 28 bodů) (Dolejš, 2010).

Impulzivita

Impulzivitu lze chápat jako jistý druh nerozvážného, reflexního a popřípadě rizikového chování či jednání (APA, 2008). Tento osobnostní rys je spojován s charakteristikami, jako je rychlejší tep, roztěkanost, neposednost. Další charakteristikou mohou být tendence úniku od problémů či konfliktů a neustálá potřeba zábavy též jako snížená sebekontrola a energické jednání (Conrod, Comeau & Stewart, 2004a). Pokud je v této škále vysoký skóre, tak poukazuje na neschopnost adolescenta zvážit možná rizika, která vedou ke vzniku okolností, při kterých je velmi nepravděpodobné, že by jedinec své chování řídil (Dolejš, 2010).

Impulzivita obsahuje celkem pět položek:

- a) Položka 2: Často něco řeknu dřív, než si to rozmyslím.
- b) Položka 5: Často se dostávám do situací, kterých později lituji.
- c) Položka 11: Obvykle nejednám bezmyšlenkovitě.
- d) Položka 15: Jsem celkově impulzivní člověk.
- e) Položka 22: Mám pocit, že se musím chovat manipulativně, abych dosáhl/a toho, co chci.

Přecitlivělost

Tento osobnostní rys je možno definovat jako úzkost, znepokojenost, strach. Anglický termín „sensitivity“ je označován v překladu vnímavost, citlivost a sensitivita (Čablová, 2011). Jedinec s vysokou mírou přecitlivělosti bude pravděpodobně reagovat na pocity úzkosti bázněji než osobnost se sníženou přecitlivělostí (Dolejš, 2010). Pokud má jedinec zvýšenou míru přecitlivělosti, má tendenci se spoléhat více na druhé než na sebe, mluví rychle, mohou se objevit problémy s dýcháním a roztřesený hlas. Jestliže nastane problém, jedinec může panikařit nebo utíkat od hledání řešení (Conrod, Comeau & Stewart, 2004b).

Přecitlivělost je tvořena pěti položkami:

- a) Položka 8: Pocit závratí či omdlení mi nahání hrůzu.
- b) Položka 10: Děsí mě, když cítím, že se mi mění srdeční tep.
- c) Položka 14: Když jsem hodně nervózní, dostávám strach.

d) Položka 18: Dostávám strach, když zažívám neobvyklé tělesné pocity a vjemy.

e) Položka 21: Děsí mě, když nejsem schopen/schopna se soustředit na to, co mám dělat.

Negativní myšlení

Pod pojmem „hopelessness“ se do češtiny překládá jako negativní myšlení nebo beznadějnost. Tato škála má také vztah ke strategiím zvládnání stresu a konformitě (Čablová, 2011). Negativní myšlení je vysvětlováno jako pocit, kdy člověk neprožívá kladné emoce nebo nedochází ke zlepšení jeho stavu (APA, 2008). Tato škála vychází z negativního posílení, které se projevuje snížením depresivních stavů a rysů osobnosti (Dolejš, 2010).

Škála je tvořena sedmi položkami:

a) Položka 1*: Jsem spokojený/á.

b) Položka 4*: Jsem šťastný/á.

c) Položka 7*: Věřím, že mám před sebou slibnou budoucnost.

d) Položka 13*: Jsem hrdý/(á) na to, co jsem dokázal/a.

e) Položka 17: Mám pocit, že nejsem úspěšný/á.

f) Položka 20*: Je mi příjemně.

g) Položka 23*: Do budoucna hledím s velkým nadšením.

Vyhledávání vzrušujících zážitků

Problémy vyplývající z tohoto osobnostního rysu jsou způsobeny pocitem nudy, který děti častěji prožívají (Čablová, 2011).

Adolescenti, kteří mají vyšší skóry, užívají ve vyšší frekvenci návykové látky na jednu. Tento faktor je spjat s pozitivním posílením. Rizikem pro takového jedince je jejich tendence vyhledávat různé zážitky, které by nějakým způsobem povznesly náladu a prohloubily intenzitu zkušenosti samotné (Woicik, Conrod et al., 2009).

Tento rys je zastoupen v dotazníku šesti položkami:

a) Položka 3: Chtěl/a bych skákat padákem.

b) Položka 6: Užívám si nové a vzrušující zážitky, i když jsou nekonvenční.

c) Položka 9: Rád/a dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu.

d) Položka 12: Rád/a bych se naučil/a řídit motocykl.

e) Položka 16: Jde mi o zážitek jako takový, i když je to něco nezákonného.

f) Položka 19: Líbilo by se mi dělat dlouhé túry v drsné a neobydlené krajině.

Každá škála tohoto dotazníku je tvořena jiným počtem otázek, tudíž při vyhodnocování lze získat i jiný součet hrubých skóre.

1. impulzivita – obsahuje položky: 2, 5, 11, 15, 22, rozmezí: 5 – 20 bodů, odpovědi se hodnotí jedním až čtyřmi body (jeden bod za „rozhodně nesouhlasím“ a čtyři body za odpověď „rozhodně souhlasím“),
2. vyhledávání zážitků – obsahuje položky: 3, 6, 9, 12, 16, 19, rozmezí: 6 – 24 bodů, jednotlivé odpovědi se hodnotí jedním až čtyřmi body, to znamená, že jeden bod za odpověď „rozhodně nesouhlasím“ a čtyři body za odpověď „rozhodně souhlasím“,
3. úzkostnost – obsahuje položky: 8, 10, 14, 18, 21; rozmezí: 5 – 20 bodů; jednotlivé odpovědi se hodnotí jedním až čtyřmi body, jak je tomu u předešlých škál,
4. skleslost – obsahuje položky: 1*, 4*, 7*, 13*, 17, 20* a 23*, rozmezí: 7 – 28 bodů, pokud se jedná o hrubý skóre za jednotlivé položky s hvězdičkou, tak se vypočítává obráceně, to znamená odpověď „rozhodně nesouhlasím“ je za 4 body, odpověď rozhodně souhlasím za 1 bod a pouze otázka číslo 17 je vyhodnocována stejným způsobem jako otázky v ostatních škálách (Dolejš, 2010).

Při dotazníkovém šetření prováděném v dětských domovech jsem se setkala s nedostatky nebo spíše s nejasnostmi tohoto dotazníku vůči respondentům. První nejasnost byla již ve zmiňované škále: „rozhodně souhlasím, souhlasím, nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím“. Studenti nebyli schopni rozeznat markantní rozdíl, mezi položkami rozhodně souhlasím a souhlasím. Totéž bylo v dalších dvou položkách.

V průběhu administrace tohoto dotazníku se vyskytly také další nejasnosti. Jednalo se především o význam slov či položení otázky. Otázka číslo 1 zní: „Jsem spokojený/á. Vystaly dotazy ve smyslu “S čím spokojen/a? Teď v tuto chvíli? Spokojen/a v životě?“ Dalším již zmiňovaným problémem byl význam některých slov.

Mohu s jistotou říci, že většina studentů měla problém ve stejných úsecích tohoto dotazníku. Jednalo se především o slova jako je nekonvenční, impulzivní a manipulativní. V návaznosti na tato zjištění jsem posléze již v dalších zařízeních slova dopředu vysvětlovala na příkladech pro snazší pochopení.

Metoda Preventure

Metoda Preventure je intervenční program primární prevence ve škole, který pomáhá žákům druhého stupně ZŠ naučit se zvládat rizikové osobnostní rysy spojené s rozvojem možného rizikového chování. Program je navržen tak, aby v co největším rozsahu identifikoval příznaky rizikových vzorců chování, zejména projevy zvýšené impulzivity, přecitlivělosti, negativního myšlení a destruktivních tendencí. Preventure je tedy metodou v oblasti indikované primární prevence užívání návykových látek (Čablová, 2011).

Je postavena na krátké intervenci, která odpovídá specifickým rizikovým osobnostním rysům. Pokud se jedná o intervenční metody, mají největší účinnost ty, které jsou zacíleny přímo na úzkou skupinu jedinců, vztahující se k určitému druhu rizikového chování (Miovský, Zapletalová, 2006).

Hlavním cílem intervenčních a preventivních programů je zabránit vzniku nebo také oddálit začátek užívání návykových látek u dětí a dospívajících. V současné době je již vytvořena metoda v oblasti indikované primární prevence užívání návykových látek s názvem Preventure. Tato metoda byla vytvořena na principu kognitivně-behaviorálních technik a zahrnuje diagnostický screening pomocí dotazníku SURPS (Substance Use Risk Profile) a program indikované primární prevence, který odpovídá specifickým osobnostním rysům rizikového chování (Woicik, Stewart, Pihl & Conrod 2009).

Tato metoda je zaměřena na cílovou skupinu dětí od 12 do 15 let, to znamená 6. – 9. Třída základní školy. V tomto věku začínají děti nejčastěji experimentovat s návykovými látkami a objevují se u nich rizikové formy chování. Děti se nacházejí ve fázi puberty a prepuberty, kde do popředí vystupuje tlak vrstevníků a celé skupiny. Metoda se zaměřuje na práci s rizikovým chováním a zároveň jeho zamezení do budoucna. Dále pracuje se skupinou dětí ve třídě, která poskytuje vzájemnou korekci a všichni se učí zvládnout svůj osobnostní rys a mnohé sociální dovednosti (Dolejš, 2011).

V současné době byla metoda Preventure adaptována na české prostředí a zabývá se jí především kolektiv autorů L. Šťastná, M. Charvát, E. Maierová, M. Nevoralová, L. Endrödiová a M. Dolejš. Standardizaci norem pro české prostředí vytvořil Dolejš (Dolejš, 2010). Sjednocený systém metodiky Preventure se skládá z manuálu pro lektora, příručky pro asistenta lektora a z barevně ilustrovaných pracovních sešitů pro studenty a žáky. Každý pracovní sešit je přiřazen jednomu rysu. Tato metoda je upřednostněna u těch jedinců, kteří mají skóre nad průměrem výš jak +1 SD. Celý program je realizován skupinově. Skupina čítá obvykle kolem 3 – 7 členů. Program probíhá ve třech setkáních, přičemž první setkání trvá 45 minut, druhé 2 x 45 minut a třetí opět 2 x 45 minut. Skupiny jsou vedeny dvěma lektory, jenž absolvovali školení. Pracovní metoda je nenáročná, její součástí je barevný pracovní sešit, metodický manuál pro lektora, barevné fixy a flipchart (Dolejš, 2011).

V rámci současných zkušeností bylo zrealizováno sezení se žáky 7. – 8. tříd základních škol, jednalo se o školy v Olomouckém kraji a v Praze. Na základě těchto sezení se vytvořila zpětná vazba žáků a došlo k poslední úpravě jak pracovních sešitů, tak manuálů pro lektora. Došlo ke zjednodušení textů, omezení cizích slov a odborných výrazů a také grafická změna obrázků.

Než se začne se screeningovým programem je nutný informovaný souhlas od rodičů nebo zákonných zástupců, kterým je třeba podrobně vysvětlit obsah programu. Nedílnou součástí programu je sdělení jednotlivcům, proč právě oni byli vybráni do tohoto programu. Potenciální problém je možné spatřit v hrozbě nebo možnosti nálepkování, jež je u indikované prevence poměrně častá. Uvádí se, že základním krokem pro spolupráci je aktivní práce s cíli, kterých by děti chtěli během následujících pěti let dosáhnout. Součástí tohoto programu je i spolupráce se školním psychologem, výhodou je komunikace s vedením školy, korelace časového harmonogramu třídy a lektorů a především, pokud se objeví závažnější problém, na kterém chce jedinec pracovat. Lektor udržuje dynamiku skupiny a využívá různé přístupy k jejímu vedení. Dle jednotlivých sešitů a rysů, na které jsou zaměřeny, se pracuje se skupinou. S rysem přecitlivělost a negativní myšlení se skupina motivuje k aktivitě. Naopak u rysu impulzivita a vyhledávání vzrušujících zážitků se podporuje direktivní vedení, dodržování pravidel skupiny a hranice (Dolejš, 2011).

8.2 Cílová populace a výběrový soubor

Cílovou populací jsou děti z dětských domovů v Jižních Čechách se zaměřením na děti v adolescentním věku.

Výzkum byl proveden v dětských domovech v Jižních Čechách, mezi dětmi v adolescentním věku, tedy pro účely dotazníku SURPS (2. stupeň ZŠ).

Byly osloveny všechny Dětské domovy v Jižních Čechách. Konkrétně Dětský domov Volyně, Boršov nad Vltavou, Žichovec, Zvíkovské podhradí, Šindlovy Dvory, Horní Planá. Spolupráce byla možná pouze s šesti dětskými domovy, které jsem zmínila výše. V Jižních Čechách je celkem devět dětských domovů. Poslední tři dětské domovy se mnou nespolupracovaly. Pokud se jedná o překážky spojené s dotazníkovým šetřením, musím konstatovat, že dostupnost této populace nebyla jednoduchá.

Ředitelé oslovených dětských domovů nechtěli spolupracovat na žádném výzkumu o drogách, tudíž mi povolili jen dotazník SURPS. Jak jsem již uvedla, v Jižních Čechách se nachází 9 dětských domovů. Z tohoto počtu se mnou spolupracovalo 6 dětských domovů. Tři zařízení odmítly spolupráci. Důvodem bylo to, že nechtěli děti zatěžovat dotazníky o drogách, poněvadž u nich se takové problémy nevyskytují.

S dětským domovem v Písku a Kašperských Horách nebyla možnost se spojit. Nebyl s nimi možný ani telefonický ani osobní kontakt.

Celkový počet respondentů byl 104 dětí, z tohoto počtu bylo 46 dívek a 58 chlapců (viz tabulka č. 3). Nejvyšší zastoupení bylo u dětského domova v Horní plané, kde bylo dotazováno celkem 31 studentů, tudíž 15 dívek a 16 chlapců. Dále potom dětský domov ve Volyni činil 26 respondentů. Z tohoto počtu bylo 14 dívek a 12 chlapců. Dětský domov Boršov nad Vltavou 18 studentů, tedy 8 dívek a 10 chlapců. V dětském domově Žichovec bylo celkem 16 respondentů, 5 dívek a 11 chlapců. Dětský domov v Šindlových Dvorech činil 8 respondentů, z nichž bylo 6 chlapců a 2 dívky. Dále dětský domov Zvíkovské podhradí 5 respondentů, 2 dívky a 3 chlapci.

Tabulka č. 3: Přehled dívek a chlapců v jednotlivých dětských domovech

Dětský domov	Dívky	Chlapci	Celkem dětí
Horní planá	15	16	31
Volyně	14	12	26
Boršov Nad Vltavou	8	10	18
Žichovec	5	11	16
Šindlovy Dvory	2	6	8
Zvíkovské podhradí	2	3	5

Nejvyšší počet respondentů byl ve věku 15 let u dívek i chlapců. Nejnižší počet ve věku 11 a 16 let. Věky byly gendrově rozděleny na chlapce a dívky. V tabulce č. 4 jsou uvedeny počty dětí v konkrétní věkové kategorii. To znamená, že největší počet byl dívek kolem 15 let (10 dívek), u chlapců byl nejvyšší počet v téže věkové kategorii. Nejnižší sledovaný věk byl 11 let. Průměrný věk dívek byl 13,37 a průměrný věk chlapců 13,57 (viz tabulka č. 4).

Tabulka č. 4: Četnost dětí v jednotlivých věkových kategoriích a průměrný věk

Věk	11let	12let	13let	14let	15let	16let	průměrný věk
Chlapci	6	7	8	9	10	6	13,57
Dívky	8	10	11	12	15	2	13,37

9 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Data získána prostřednictvím dotazníkového šetření byla zpracovávána pomocí programů Word a Excel. Dotazníky SURPS byly nejprve převedeny z listové podoby do elektronické. Odpovědi z každého dotazníku se přenášely do programu Excel. Postupně ke každému dětskému domovu bylo přiřazeno označení DD jako dětský domov a současně číslo od jedné do šesti, dle počtu dětských domovů. DD1 pro dětský domov Horní Planá, DD2 pro dětský domov Volyně, DD3 dětský domov Žichovec, DD4 dětský domov Šindlovy dvory, DD5 dětský domov Zvíkovské podhradí a DD6 dětský domov Boršov nad Vltavou.

Každému dítěti bylo přiřazeno číslo od 1 do 104. Byla vytvořena datová matice, jež sloužila k vytvoření grafů a tabulek pro tuto práci. Nejprve se do Excelu zadaly věky všech dětí, jež se zúčastnily dotazníkového šetření. Věky byly gendrově rozděleny a podrobně se jimi zabývá tabulka č. 1.

Studenti odpovídali na otázky od 1 do 23. Ke každé otázce byl přiřazen specifický počet bodů.

Výsledky jednotlivých žáků byly přeneseny do programu Excel. V rámci sledování jednotlivých rysů byly vytvořeny samostatné tabulky a grafy, jenž se zabýval vždy jen jedním rysem. Sledovalo se, v jakém početním a procentuálním zastoupení se ten konkrétní rys vyskytl. Ve vztahu k předepsaným normám se pak hodnotily. Pro každý sledovaný rys bylo vytvořeno pásmo, ve kterém se student nachází. Vzhledem k normám jsou vytvořena tři pásma, dolní pásmo, střední pásmo a horní pásmo. U každého rysu bylo pozorováno, do jakého pásma dítě patří.

10 VÝSLEDKY

10.1 Přehled hlavních výsledků

V tabulce č. 5 jsou popsány jednotlivé osobnostní rysy, dle dotazníku SURPS. Z výsledků dotazníkového šetření, jehož se zúčastnilo 104 respondentů. V tabulce jsou uvedeny průměrné skóre za jednotlivé osobnostní škály. Ve škále impulzivita, která byla sycena 5 body minimálně a 20 body maximálně, měli respondenti průměrné skóre 13,57 se statistickou odchylkou 2,57. Ve škále vyhledávání vzrušujících zážitků, sycené 6 až 24 body, bylo průměrné skóre 16,60 se statistickou odchylkou 4,042. Třetí škálu tvořila přecitlivělost, sycena 5 až 20 body, s průměrným skóre 11,46 a statistickou odchylkou 3,277. Poslední škálu tvořilo negativní myšlení, syceno 7 až 28 body, s průměrným skórem 14,37 a statistickou odchylkou 3,618.

Tabulka č. 5: Průměrné skóre jednotlivých škál

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Impulzivita	104	5	20	13,57	,252	2,572
Vyhl.vzrušení	104	7	24	16,60	,396	4,042
Přecitlivělost	104	5	19	11,46	,321	3,277
Neg. Myšlení	104	7	25	14,37	,355	3,618

Popis jednotlivých rysů

- Impulzivita

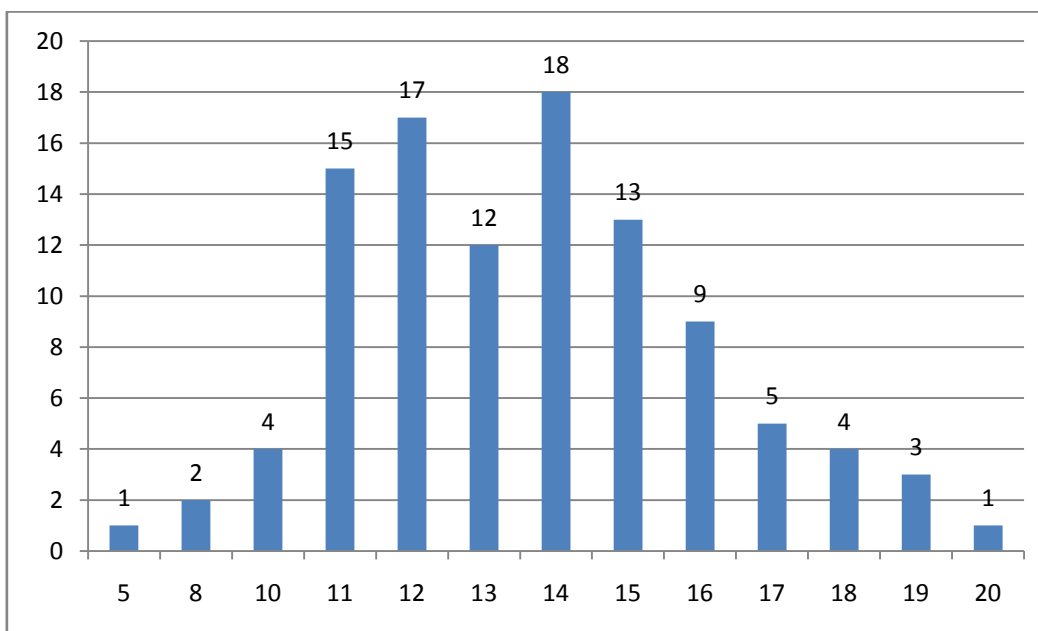
Na grafu č. 2 vidíme první sledovanou škálu, kterou byla impulzivita. Byla tvořena pěti celkem položkami. Studenti mohli získat 5-20 bodů. Celkový počet studentů činil 104 respondentů. Na dolním pásmu faktoru impulzivity, mohli žáci získat 5-10 bodů. Z celkového počtu respondentů, jich má 7 faktor impulzivity v dolním pásmu, což je 6,7 %. Ve středním pásmu se vzhledem k populačním normám, kdy žáci mohli získat 11-15 bodů, se nachází 75 žáků (72 %). V pásmu 16 až 20 bodů, tedy v horním pásmu, se nachází celkem 22 žáků, tedy 21, 1%. Můžeme pozorovat na grafu dva vrcholy, jeden vrchol tvoří žáci s nejpočetnější bodovou kohortou 14 hrubými body a druhý žáci s 12 hrubými body. Adolescenti dosahovali v průměru v tomto sledovaném rysu 13,57 hrubých bodů.

Dle Hartla a Hartlové (2000) je impulzivita označována jako jednání provedené bez zábran, s velkou mírou energie a při vědomí. Děti z dětských domovů v tomto rysu jsou ve středním pásmu, nelze tedy usoudit, že by prostředí dětských domovů mělo vliv na živání návykových látek. Pokud se podíváme na graf, je zde jasně patrné, že v horním pásmu se nachází pouhá jen malá část celku. Dolejš (2010) poukazuje na to, že vysoký skóre v této škále vypovídá o neschopnosti adolescenta vyhodnotit možná rizika spojená s bezmyšlenkovitým jednáním.

V příručce pro lektory, jež souvisí s indikovanou primární prevencí, se nachází celá řada technik napomáhajících ke zvládnání náhlých a nepředvídaných impulzů. Mezi náhlé impulzy můžeme zařadit nepromyšlené a spontánní reakce. Žáci by si měli uvědomit, jak a jakým způsobem se doposud projevovali ve svém okolí. Jak zvládali svoji impulzivitou doposud, jaké to pro ně mělo důsledky a zda svou impulzivitou projeví navenek či potlačili.

Cílem by mělo být vedení žáků tomu, jak zvládat své momentální pocity a nejednat unáhleně (Čablová, 2011).

Obrázek č. 2: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách



- Vyhledávání vzrušujících zážitků

Na obrázku č. 3 je druhá sledovaná škála, vyhledávání vzrušujících zážitků. Na grafu je možné pozorovat vyrovnanost četnosti bodových kohort nacházejících se ve středním pásmu. Byla sycena 6 položkami v rozmezí 6 až 24 bodů, přičemž se jednotlivé odpovědi hodnotily jedním až čtyřmi body.

Celkový počet studentů činil 104 respondentů. Na dolním pásmu faktoru vyhledávání vzrušujících zážitků, mohli žáci získat 6-12 bodů. Z celkového počtu respondentů, má 20 jedinců faktor vyhledávání vzrušujících zážitků v dolním pásmu, což je 19,2%. Ve středním pásmu mohli žáci získat 12-20 bodů. Celkem se v tomto pásmu nachází 67 žáků (64,4%). V pásmu 21 až 24 bodů, tedy v horním pásmu, se nachází celkem 17 žáků, tedy 16,3%. Nejpočetnější bodovou kohortou byli žáci s 18 hrubými body. Žáci dosahovali v průměru v tomto sledovaném rysu 16,60 hrubých bodů.

Ani v tomto sledovaném rysu se ve větší míře nevyskytovalo zastoupení žáků v horním pásmu. Nejvíce žáků se nacházelo ve středním pásmu.

Dle autorek Woicik, Conrod a kolektiv (2009) se adolescenti s vysokým skórem v této škále mohou užívat více návykových látek najednou.

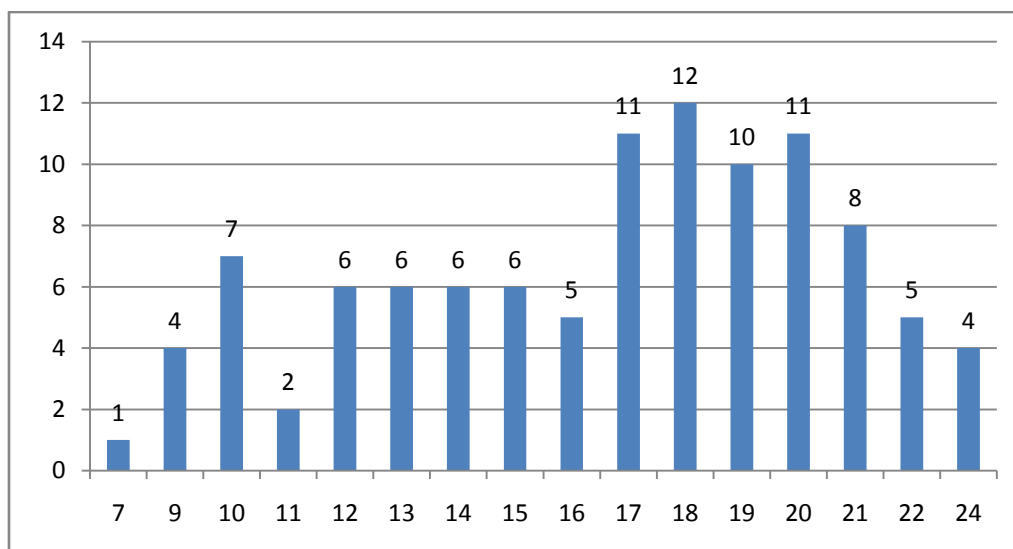
Tendencí v tomto rysu je vyhledávat nové a zároveň vzrušující zážitky, jež povznesou náladu a celkově prohloubí míru intenzity zkušenosti samotné. Děti s vysokým skórem mohou být neposední a roztěkaní. Velmi energičtí a spontánní, žijící okamžikem. Mají neustálou potřebu vzrušení, například adrenalinové sporty apod.

Čablová (2011) poukazuje na fakt, že nejvíce problémů souvisejících s tímto rysem vyplývá z nudy, který děti prožívají poměrně často. Dále se autorka ve svém článku zmiňuje o tom, jak by se s těmito dětmi mělo v rámci primární prevence pracovat. Při práci ve skupině je podstatné si definovat nudu, poněvadž pro každého jedince vypadá nuda jinak a jinak ji také prožívá. Je vhodné, aby žáci zjistili, jak se u nich nuda projevuje, a srovnali způsoby, jakými se u nich tento stav projevovat doposud a jaké vidí možnosti nyní.

Právě dětem s vysokým skórem, tedy dětem ohroženým rizikovým chováním, by se měly nabídnout přijatelné podněty – aktivity, které by uspokojily jejich potřebu nových a vzrušujících zážitků a vzrušení.

V návaznosti na teoretický výklad o aktivitách se nabízí i možnost například návštěvy místa, kde se provozují volnočasové aktivity. Cílem je zaměřit děti a jejich energii správným směrem a překonat pocity nudy a vypořádat se s nimi (Čablová, 2011).

Obrázek č. 3: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách



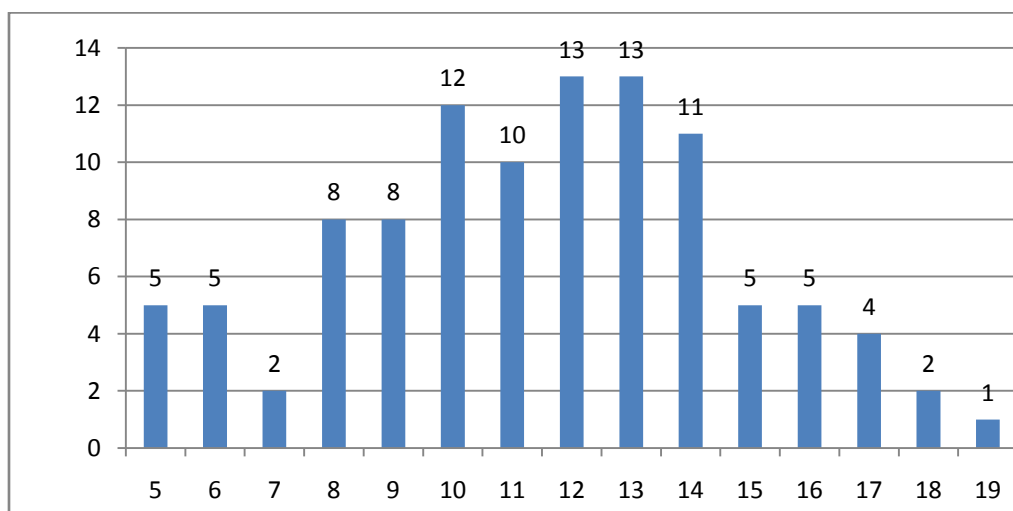
- Přecitlivělost

Na obrázku č. 4 sledujeme třetí škálu, kterou je přecitlivělost. Byla tvořena pěti položkami v rozmezí 5 až 20 bodů. Celkový počet studentů činil 104 respondentů. Na dolním pásmu faktoru přecitlivělosti, mohli žáci získat 5-8 bodů. Z celkového počtu respondentů, jich má 20 faktor přecitlivělosti v dolním pásmu, což je 19,2%. Ve středním pásmu se vzhledem k populačním normám, kdy žáci mohli získat 9-15 bodů, se nachází 72 žáků (69,2%). V pásmu 16 až 20 bodů, tedy v horním pásmu, se nachází celkem 12 žáků, tedy 11, 5%. Nejpočetnější bodovou kohortou byli žáci se 12 a 13 hrubými body. Adolescenti dosahovali v průměru v tomto sledovaném rysu 11,46 hrubých bodů.

Pokud má jedinec vysoký skóre v této škále, má tendenci spoléhat se spíše na druhé než na sebe, může mít také problémy s dýcháním nebo napětím ve svalech a bude mít rozklepaný hlas. Děti se vyhýbají určitým situacím, než aby našli vhodné a účinné řešení. Mluví rychle a nestihá si vše, o čem mluví, promyslet. V určitých situacích panikaří a nevidí jiné východisko než únik. V této škále se jedinci zaměřují na automedikaci k níž slouží drogy alkohol a farmaka. Tato subškála má záporný vztah k užívání marihuany, ale pozitivní se sedativy (Dolejš, 2010).

Pokud se pracuje s metodikou Preventure, je vhodné vysvětlovat problémy na případech z praxe. Cílem je podnítit v dětech namísto krátkodobého řešení problémů a účinných únikových strategií k dlouhodobím efektním vzorcům chování (Čablová, 2011).

Obrázek č. 4: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách



- Negativní myšlení

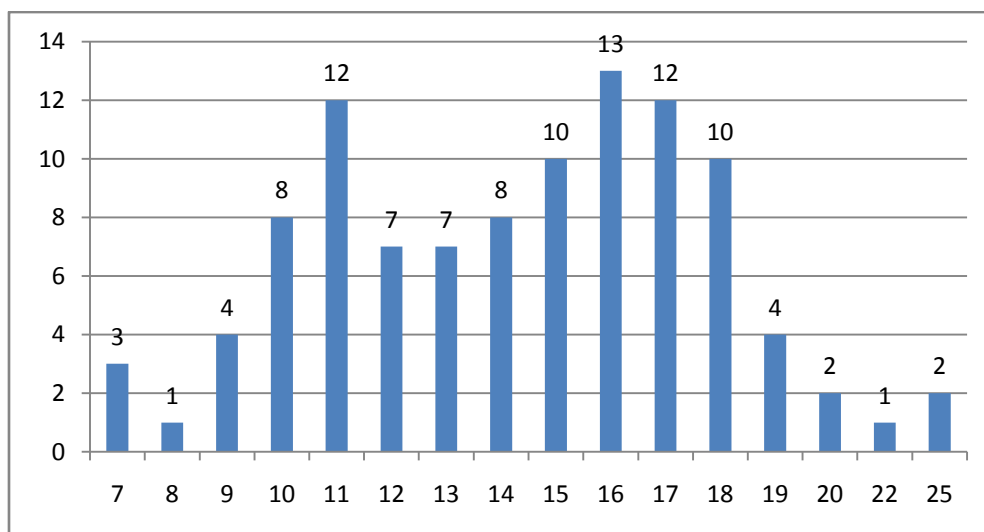
Na obrázku č. 5 je vidět poslední sledovaná škála, kterou byla negativní myšlení. Byla tvořena celkem sedmi položkami. Za některé položky se hrubí skór počítal obráceně (položky s hvězdičkou), pouze u poslední položky se počítal stejně jako u ostatních škál. Studenti mohli získat 7-28 bodů. Celkový počet studentů činil 104 respondentů. Na dolním pásmu faktoru negativní myšlení bodů, mohli žáci získat 7-10 bodů. Z celkového počtu respondentů, jich má 16 faktor negativního myšlení v dolním pásmu, což je 15,4%. Ve středním pásmu se vzhledem k populačním normám, kdy žáci mohli získat 11-17 bodů, se nachází 69 žáků (66,4%). V pásmu 18 až 28 bodů, tedy v horním pásmu, se nachází celkem 19 žáků, tedy 18,3%. Nejpočetnější bodovou kohortou byli žáci se 16 hrubými body. Adolescenti dosahovali v průměru v tomto sledovaném rysu 14,37 hrubých bodů.

Tato škála vychází z negativního posílení, jež se projevuje snížením depresivních stavů a rysů osobnosti. (Dolejš, 2010). V této škále se v horním pásmu pohybuje necelých 19 % dětí. Opět i u této škály se většina respondentů řadí do středního pásma. Což tedy nevyovídá o tom, zda jsou ti daní jedinci ohroženi rizikovým chováním.

Děti se zvýšenou hodnotou v této škále mohou být pasivní, vyhýbají se společnosti – přátelům i rodině a mají potřebu se neustále ujišťovat o různých věcech (Dolejš, 2010). Stav beznadějnosti, tedy negativního myšlení, se dle autorek Conrod, Comeau & Stewart (2004c) nejčastěji vyskytuje u těžkých a depresivních epizod, může být též přítomný pokus o sebevraždu či dokonaná sebevražda. Tato škála má vztah také ke zvládnání stresu a stresových situací.

Při práci se studentskou příručkou může lektor využít různých kognitivně behaviorálních technik. Vhodné je dětem vysvětlit na příkladech, jaká negativní přesvědčení vznikají, a jakým způsobem je zvládat (Čablová, 2011).

Obrázek č. 5: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách



11 DISKUSE

Dolejš (2010) se zabýval ve své práci *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*, převodem dotazníku SURPS do české podoby a také se podílel na vytváření populačních norem. V návaznosti na tohoto autora jsem aplikovala dotazník SURPS do praxe. Oproti Dolejšovi, který se zabýval populací dětí na základních školách, jsem se zaměřila na prostředí dětských domovů. V této kapitole bych se chtěla věnovat několika tématům, která jsou postavena na podkladě výzkumného šetření v dětských domovech, tedy v zařízeních ústavní výchovy. Realizace výzkumu trvala v časovém rozmezí jednoho měsíce, tedy od 3. září 2011.

Při studiu odborné literatury jsem se pozastavila nad změnou pojmu „porucha chování“. V mnohých literálních pramenech ji můžeme najít pod tímto pojmenováním, například Vágnerová (2005) ve své publikaci *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. Avšak Vojtová (2008) označuje toto pojmenování za nevhodné a stigmatizující. Za vhodnější považuje termín individuální dispozice k rizikovému chování. V rámci odborné literatury jsem se setkala s mnoha termíny z oblasti chování adolescenta. Zjistila jsem, že pod pojmem rizikové chování můžeme vidět jak problémové chování v osobní oblasti, tak v oblasti společenské. Ať už žák vyrušuje při hodině, nedává pozor či šikanuje spolužáka, jedná se o porušení jistých hranic mezi jedincem a společností, toto chování je tedy označeno za problémové a tedy rizikové chování. Tyto aktivity mohou být širokou veřejností vnímány negativně a přinášejí do života jedince negativní důsledky.

Období adolescence je dle literatury provázeno mnohými změnami a rozpory. V tomto období se začíná plně rozvíjet osobnost jak s pozitivními tak negativními rysy. V této práci jsem předpokládala, že děti z dětských domovů budou rizikovou skupinou užívání návykových látek. Vycházela jsem z předpokladu, že období adolescence sebou nese mnohá úskalí a zároveň pobyt v dětském domově je prostředí, jež může podnítit porušování norem. Domnívala jsem se, že u těchto dětí, které jsou řazeny do rizikové skupiny populace, bude zvýšené riziko užívání návykových látek. Do jisté míry jsem byla ovlivněna i možností stigmatizace těchto dětí vzhledem k ostatním dětem, které pocházejí z úplných rodin. Dále jsem přemýšlela nad faktem, že v adolescenci se jedná především o opozici mladší generace oproti generaci starší. Děti se snaží rušit zaběhlá pravidla a nastolit nová a lepší.

Pokud bych mohla porovnat poznatky získané z praktického a teoretického hlediska, stálo by za zmínění, to, že minimální preventivní programy v dětských domovech jsou dobře strukturované. Měla jsem možnost nahlédnout do harmonogramu dětského domova a prohlédnout si náplň volnočasových aktivit. Ačkoli jsem si myslela, že děti nebudou mít zájem se aktivit zúčastnit, byl mi tento předpoklad vyvrácen nejen aktivní účastí na dotazníkovém šetření, ale i náhledem na výroční zprávy dětských domovů.

Při výzkumném šetření jsem se konkrétně zaměřila na 4 sledované rysy. Pokoušela jsem se ověřit tvrzení, že děti z dětských domovů budou mít vysoké škály v jednotlivých rysech. Analýza výsledků nepotvrdila ani nevyvrátila tvrzení, že by děti v dětských domovech měli větší predispozice k rizikovému chování. Většina respondentů se nachází ve středním pásmu sledovaných škál vzhledem k populačním normám.

12 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se pokusila obsažně shrnout rizikové faktory spojené s užíváním návykových látek. Vymezila jsem zde několik základních pojmů v oblasti adolescence. Zabývala jsem se též chováním obecně a zaměřila jsem se na jeho konkrétní formy. Pracovala jsem se převážně na adolescenty ve věku 11 až 16 let. V této práci jsem rovněž charakterizovala prostředí dětských domovů a tvorbu minimálně preventivního programu pro děti v ústavní péči.

V praktické části jsem porovnávala výsledky dotazníkového šetření s populačními normami pro danou věkovou kategorii a pohlaví. Dle hrubých skóre vyhodnocení dotazníku SURPS jsem přiřadila každému jedinci pásmo, ve kterém se nachází. Bylo tedy možné určit, zda se daný jedinec, vzhledem k výzkumným otázkám, nachází v horním pásmu již zmiňovaných škál. Nejvíce zastoupenou skupinou byli žáci spadající do středního pásma. Ve škále impulzivita získaly ve středním pásmu 72 %, ve škále vyhledávání vzrušujících zážitků 64,4 %, ve škále přecitlivělost 69,2 % a v poslední škále negativního myšlení 66,4 hrubých skóre. Z těchto výsledků dotazníků vyplývá, že všichni respondenti se nacházejí ve středním pásmu ve všech sledovaných škálách.

Do budoucna se domnívám, že by bylo přínosné výzkum několikrát opakovat. Byla by to jedna z možností, jak zjistit efektivitu primárně preventivních programů, popřípadě pozměnit jejich koncept vzhledem k potřebám jedinců v daném zařízení.

Dále bych navrhovala úpravu znění dotazníku SURPS. Z praktického hlediska se domnívám, že by bylo zejména vhodné změnit některá slova v dotazníku, neboť při dotazníkovém šetření jsem s několika respondenty narazila na určité nejasnosti. V rámci vyplňování tohoto dotazníku, jsem musela jeho škály nepatrně zjednodušit, aby se staly pro žáky pochopitelnější. Pro příklad uvedu změnu škály „rozhodně nesouhlasím“, kterou jsem zjednodušila na prosté ne (100 %), dále „nesouhlasím“ na spíše ne („když bych se měl(a) přiklonit k nějaké odpovědi, bylo by to spíše ne“), „souhlasím“ bylo zjednodušeno obdobně jako předešlá škála na spíše ano, a poslední škála „rozhodně souhlasím“ byla zjednodušena na prosté ano (100 %). Takto zjednodušená škála byla pro žáky v mnoha ohledech jednodušší a lépe korespondovala s jejich plánovanou odpovědí.

Velmi důležitá se mi jeví i zpětná vazba pro jednotlivé dětské domovy, protože sami mohou zjistit, jakou míru rizikového chování mají děti v dětských domovech. V návaznosti na toto zjištění mohou podniknout specifitější intervence a zaměřit se tak na jednotlivé složky primární prevence. Popřípadě mohou i zvýšit míru intenzity primárních preventivních programů.

13 POUŽITÁ LITERATURA

APA (2008). APA Concise Dictionary of Psychology. American Psychological Association.

Broža, J. (2003). Děti a mládí. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup (s. 232-235). Kapitola 9/2. Praha: Úřad vlády ČR.

Conrod, P. J., Comeau, M. N. & Stewart, S. H. (2004a). Learning to deal with impulsivity. Canada: Javin Creative Inc.

Conrod, P. J., Comeau, M. N. & Stewart, S. H. (2004b). Learning to deal with anxiety sensitivity. Canada: Javin Creative Inc.

Conrod, P. J., Comeau, M. N. & Stewart, S. H. (2004c). Learning to deal with hopelessness. Canada: Javin Creative Inc.

Conrod, P. J., Comeau, M. N. & Stewart, S. H. (2004d). Learning to deal with sensation seeking. Canada: Javin Creative Inc.

Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. (2009). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky výzkumů v České republice v roce 2007. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky.

Čablová, L., Šťastná, L., Charvát, M., Maierová, E., Endrödiová, L., & Dolejš, M. (2011). Preventure – metoda krátké cílené intervence. Adiktologie, (11)2, 92–98.

Černý, M. (2010). Základní úrovně provádění primární prevence. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová & Novák, P. (Eds.). Primární prevence rizikového chování ve školství (s. 42-43). Tišnov: CA FN a 1 LF UK, Sdružení SCAN.

Dolejš, M. (2010). Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů: převod „SURPS“ a tvorba populačních norem pro „SURPS“ a „HSPQ“. Dizertační práce. Olomouc: Katedra psychologie FF UP.

Dolejš, M., Charvát, M., Neusar, A., Bendová, K. (2011). Preventure - současné zkušenosti a ověření efektivity metodiky v praxi. Sborník příspěvků z PhD existence I: česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktoranty a o doktorantech, str. 151-154. Olomouc: FF UP.

Gallá, M., Aersten, P., Daatland, Ch., DeSwert, J., Fenk, R., & Fischer, U. (2005). Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády ČR.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.

Hortl, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. & kolektiv (2008). Dětská a adolescentní psychiatrie. 2. vydání. Praha: Portál.

Kolář, M. (2001). Bolest šikanování. 2. vydání. Praha: Portál.

Koudelková, A. (1995). Psychologické otázky delikvence. 1. vydání. Praha: Victoria Publishing.

Labáth, V., Ambrózová, A., Smik, J., & Štúbová, J. (2001). Riziková mládež. 1. vydání. Praha: Slon.

Langmaier, J., & Krejčíková, D. (2006). Vývojová psychologie. 2. vydání. Praha: Grada Publishing.

Macek, P. (2003). Adolescence. 2. vydání. Praha: Portál.

Martínek, Z. (2009). Agresivita a kriminalita školní mládeže. 1. vydání. Praha: Grada.

Matoušek, O. (1995). Ústavní péče. 1. vydání. Praha: Slon.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (2010). Primární prevence rizikového chování ve školství. 1. vydání. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.

MŠMT (2005). Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek. Praha: MŠMT.

Train, A. (2001). Nejčastější poruchy chování u dětí. 1. vydání. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2005). Školní poradenská psychologie pro pedagogy. 1. vydání. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M., & Klégrová, J. (2008). Poradenská psychologická diagnostika dětí a dospívajících. 1. vydání. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (2005). Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání. 1. vydání. Praha: Karolinum.

Vágnerová, M. (1999). Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vydání. Praha: Karolinum.

Woicik, P. A., Steward, S. H., Phil, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance use risk profile scale: A scale measuring trans linked to reinforces-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042-1058.

Internetové zdroje

Drogy-info (25.4.2003). Trendy v užívání návykových látek mezi mládeží v letech 1995 až 1999. Drogy-info. Staženo 5.11.2011. Internetová stránka: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/trendy_v_uzivani_navykov_ych_latek_mezi_mladezi_v_letech_1995_az_1999

14 PŘÍLOHY

Dotazník SURPS

Škála osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek (Substance Use Risk Personality Scale)

Dobrý den,

Jmenuji se Jiřina Majerová a jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v oboru adiktologie. Chystám se psát bakalářskou práci na téma ANALÝZA RIZIKOVÝCH FAKTORŮ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ Z DĚTSKÝCH DOMOVŮ V JIŽNÍCH ČECHÁCH MĚŘENÝCH POMOCÍ DOTAZNÍKŮ SURPS. Proto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, jež mi při psaní mé práce velmi pomůže. Předem Vám velice děkuji za ochotu a rovněž za Váš čas strávený jeho vyplněním.

Dotazník

Tento dotazník je zcela anonymní, přístup k němu budu mít jen já a použiji jej pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním dat v mé bakalářské práci.

V níže uvedené škále prosím uveďte, do jaké míry souhlasíte s následujícími tvrzeními ve vztahu ke své osobě. Na následující otázky prosím odpovězte zakroužkováním příslušného čísla u každé položky.

1	2	3	4
rozhodně nesouhlasím	nesouhlasím	souhlasím	rozhodně souhlasím

1. Jsem spokojený/(á). 1 2 3 4
2. Často něco řeknu dřív, než si to rozmyslím. 1 2 3 4
3. Chtěl(a) bych skákat padákem. 1 2 3 4
4. Jsem šťastný/(á). 1 2 3 4
5. Často se dostávám do situací, kterých později lituji. 1 2 3 4
6. Užívám si nové a vzrušující zážitky, i když jsou nekonvenční. 1 2 3 4
7. Věřím, že mám před sebou slibnou budoucnost. 1 2 3 4
8. Pocit závratí či omdlení mi nahání hrůzu. 1 2 3 4
9. Rád(a) dělám věci, které mi trochu nahánějí hrůzu. 1 2 3 4

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 10. | Děsí mě, když cítím, že se mi mění srdeční tep. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Obvykle nejednám bezmyšlenkovitě. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Rád(a) bych se naučil(a) řídit motocykl. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Jsem hrdý/(á) na to, co jsem dokázal(a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Když jsem hodně nervózní, dostávám strach. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Jsem celkově impulzivní člověk. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Jde mi o zážitek jako takový, i když je to něco nezákonného. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Mám pocit, že nejsem úspěšný/(á). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Dostávám strach, když zažívám neobvyklé tělesné pocity a vjemy. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Líbilo by se mi dělat dlouhé túry v drsné a neobydlené krajině. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Cítím se příjemně. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Děsí mě, když nejsem schopen/schopna se soustředit na to, co mám dělat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Mám pocit, že se musím chovat manipulativně, abych dosáhl(a) toho, co chci. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Do budoucna hledím s velkým nadšením. | 1 | 2 | 3 | 4 |

14.1 Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Denní a silní kuřáci v letech 2003 a 2007 (v %) (ESPAD, 2007) – str. 19

Tabulka č. 2: Kouření cigaret v posledních 30 dnech (v %) (ESPAD, 2007) – str. 20

Tabulka č. 3: Přehled dívek a chlapců v jednotlivých dětských domovech – str. 50

Tabulka č. 4: Četnost dětí v jednotlivých věkových kategoriích a průměrný věk – str. 50

Tabulka č. 5: Průměrné skóre – str. 53

Obrázek č. 1: Celoživotní zkušenost s užíváním drog a jiných psychoaktivních látek (v %) (ESPAD, 2007) – str. 21

Obrázek č. 2: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách – str. 54

Obrázek č. 3: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách – str. 55

Obrázek č. 4: Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách – str. 56

Obrázek: č. 5 Četnost žáků v jednotlivých bodových kohortách – str. 58