

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Kateřina Syrovátková, DiS.

Mapování chování a postojů k užívání tabákových výrobků u žáků  
3. – 5. tříd základních škol v Aši: dotazníkové šetření

*Mapping of behaviour and attitudes toward tobacco use among  
students in 3rd to 5th grades of primary schools in Aš: questionnaire  
survey*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Adam Kulháněk

Praha, 2019

Prohlášení:

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 24. 4. 2019

Kateřina Syrovátková

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce panu Mgr. Adamu Kulhánkovi za odborné, kvalitní vedení a za konstruktivní kritiku, která mě dovedla k dokončení této práce. Poděkování patří i vedení, respektive rodičům žáků 3. – 5. tříd základních škol v Aši, že jsem mohla realizovat výzkum. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za velkou podporu při tvoření mé práce.

V Praze dne .....

---

vlastnoruční podpis

## **Bibliografický záznam**

SYROVÁTKOVÁ, Kateřina. *Mapování chování a postojů k užívání tabákových výrobků u žáků 3. – 5. tříd základních škol v Aši: dotazníkové šetření. [Mapping of behavior and attitudes toward tobacco use among students in 3rd to 5th grades of primary schools in Aš: questionnaire survey]*. 48 s. 2 přílohy. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Klinika Adiktologie LF1 UK. 2019. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Adam Kulhánek.

## Abstrakt

**Východiska:** Užívání tabákových výrobků je celosvětově rozšířeným fenoménem, a to mezi všemi sociálními i ekonomickými třídami světové populace. Kouření je také jednou z nejčastějších forem rizikového chování mezi dětmi a dospívajícími. V rámci výzkumu ESPAD patří Česká republika dokonce mezi státy s největší mírou celoživotní prevalence tabákových výrobků u dětí a dospívajících.

**Cíl:** Cílem práce bylo zmapovat postoje a užívání tabákových výrobků u žáků 3. – 5. tříd vybraných základních škol v Aši.

**Metody:** Pojetí výzkumu bakalářské práce stojí na kvantitativní metodě. Výzkum byl realizován dotazníkovým šetřením. Data se analyzovala v MS Excel s pomocí metod deskriptivní statistiky. Respondenti jsou zastoupeni v rámci jedné třetí, čtvrté a páté třídy z každé základní školy v Aši. Celkově se dotazníkového šetření zúčastnilo 151 žáků, kdy věkový průměr byl 10,8 let.

**Výsledky:** Z výsledků vyplývá, že 32,5 % z oslovených žáků ( $n = 151$ ) má alespoň jednorázovou zkušenost s užitím některého tabákového výrobku. Na prvním místě v užívání se umístily cigarety (22), následovány e-cigaretami (13). Dále bylo zjištěno, že 84 % respondentů žije v kuřácké rodině. K tvrzení o e-cigaretách jako o atraktivním tabákovém výrobku se naprostá většina staví negativně, a to 82,6 % ( $n = 147$ ). Přes polovinu respondentů (67 %) je toho názoru, že užívání tabákových výrobků má negativní dopady na organismus jedince. Pasivní kouření považuje za nebezpečné 90 % dotazovaných.

**Závěr:** V rámci dotazníkového šetření byly zmapovány postoje a míra užívání tabákových výrobků u cílové skupiny. Tyto výsledky mohou napomoci k rozvoji selektivních primárně preventivních programů zaměřených na užívání tabáku na základních školách zapojených do studie.

**Klíčová slova:** prevence, chování, postoje, tabákové výrobky, žáci

## **Abstract**

**Background:** Tobacco products are a global phenomenon, among the social and economic classes of the world population. Smoking is also one of the most common forms of risk behaviour among children and adolescents. According to world research, this is also a major problem among children and adolescents. In the ESPAD research, the Czech Republic belongs among the countries with the highest lifetime prevalence of tobacco products among children and adolescents.

**Objective:** The aim of the work was to map the attitudes and use of tobacco products among pupils of the 3rd - 5th classes of selected primary schools in city Aš.

**Methods:** This bachelor thesis research is based on a quantitative method. The research was carried out by a questionnaire survey. Data were analyzed in MS Excel using descriptive statistics methods. Respondents are represented in one third, fourth and fifth class from each primary school in Aš. Data were collected using pencil-paper questionnaire. Overall, 151 students participated in the survey, with an average age of 10.8 years.

**Results:** The results show that 32.5% (n = 151) have at least one life experience with a tobacco product. Cigarettes (22) were placed first in use, followed by e-cigarettes (13). E-cigarettes are not considered by most respondents (82, 6 %) to be an attractive tobacco product. Over half of the respondents (67 %) believe that the use of tobacco products has a negative impact on the health. 90 % of respondents consider secondhand smoking as dangerous.

**Conclusion:** The questionnaire survey mapped the attitudes and rates of tobacco use in the target group. These results can help to develop selective primary prevention programs for tobacco use at primary schools involved in the study.

**Keywords:** prevention, behaviour, attitudes, tobacco products, students

<b>1</b>	<b>Úvod</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Děti, dospívající a tabákové výrobky</b>	<b>3</b>
2.1	Děti a dospívající jako specifická skupina uživatelů tabákových výrobků ...	4
2.2	Dopady užívání tabákových výrobků na mladý organismus	4
2.3	Tabák a závislost	5
2.3.1	Příčiny závislostí u dětí a dospívajících	5
2.4	Užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých	6
<b>3</b>	<b>Prevence</b>	<b>8</b>
3.1	Primární prevence	8
3.2	Sekundární prevence	9
3.3	Terciární prevence	9
3.4	Rizikové chování	9
3.4.1	Primární prevence rizikového chování	10
3.4.2	Prevence užití tabáku	11
3.4.3	Faktory ovlivňující rizikového/problémového chování	11
<b>4</b>	<b>Systém školské primární prevence v České republice</b>	<b>12</b>
4.1	Školský preventivní program	13
4.1.1	Školní metodik prevence	13
4.2	Školská primární prevence rizikového chování	13
4.3	Certifikace preventivních programů	14
4.4	Kvalita a efektivita školské primární prevence v ČR	15
<b>5</b>	<b>Praktická část</b>	<b>16</b>
5.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky	16
5.1.1	Výzkumné otázky:	16
5.2	Časový harmonogram výzkumné studie	16
5.3	Rekrutace respondentů	17
5.3.1	Výzkumný soubor	17
5.4	Design výzkumu	18
5.5	Metody sběru dat	18
5.5.1	Tvorba dotazníku	18

5.5.2	Pilotní studie.....	19
5.5.3	Administrace dotazníků, sběr dat .....	19
5.6	Komplikace při sběru dat .....	19
5.7	Etické aspekty výzkumu .....	20
5.8	Analýza dat.....	20
5.9	Výsledky .....	21
5.9.1	Jaká je prevalence užívání v cílové skupině 3. – 5. tříd na základních školách v Aši? .....	21
5.9.2	Jaké mají dotazovaní postoje k užívání elektronických cigaret?.....	24
5.9.3	Kolik z dotazovaných má v rodině člena/y, který/ří užívají tabákové výrobky? .....	27
5.9.4	Jaké mají žáci postoje ke škodlivosti užívání tabákových výrobků? ....	30
<b>6</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>32</b>
<b>7</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Literatura.....</b>	<b>35</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>38</b>



# 1 Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku chování a postojů k užívání tabákových výrobků u cílové skupiny žáků 3. – 5. tříd základních škol v Aši. Jedná se o věkovou kategorii dětí, ve které často dochází k prvním experimentům s užitím tabákových výrobků. Z preventivního hlediska by se měly preventivní programy a aktivity soustředit právě na tuto vývojovou skupinu dětí.

Je důležité si uvědomit, že v rámci Evropské unie je Česká republika na prvních místech v užívání tabákových výrobků, a to jak u dospělé populace, tak zejména u dětí a mladistvých. Jedním z důvodů, proč jsou tabákové výrobky takto hojně užívané je jejich snadná dostupnost ve většině obchodů, dají se koupit kdykoli během dne, jsou oproti jiným státům výrazně levnější. Další příčinou může být to, že v České republice je velice tolerantní společnost k užívání tabákových výrobků, což deklaruje i zdouhavé projednávání a schvalování protikuřáckého zákon. A následné pokusy o jeho zrušení nebo alespoň zmírnění.

Cílem bakalářské práce je zmapovat chování a postoje k užívání tabákových výrobků u žáků 3. - 5. tříd základních škol v Aši. Mezi výzkumné otázky se řadí problematika celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků u výzkumného souboru. Dále pak postoje k novodobému trendu, a to užívání e-cigaret. Zjistit, kolik z dotazovaných pochází a žije v kuřácké rodině, a jestli vnímají tabákové výrobky jako něco, co škodí lidskému organismu, jak u přímého užívání tabákových výrobků, tak v rámci pasivního kouření. Diskutabilní tématem je i kouření zahřívaného tabáku (IQOS a Glo) v restauračních zařízeních. Ačkoliv zahřívaný tabák jako nový tabákový výrobek není v České republice legislativně ukotven, jeho nežádoucí účinky na lidský organismus prokázané jednoznačně jsou.

Teoretická část se soustřeďuje na cílovou skupinu dotazníkového šetření, tedy na děti, ale také dospívající jedince. V kapitole je rozebrána závislost na tabáku a její dopady a příčiny se zaměřením na děti a mladistvé. Důležitou částí této kapitoly jsou data z výzkumných studií, které se realizovaly v rámci států Evropy, ale i výzkum, který se realizoval v České republice v roce 2017. Dále se práce věnuje tématu primární prevence, primární prevence rizikového chování a primární prevenci na 1. stupni základních škol. Rozšířeními těchto kapitol jsou certifikace těchto program, minimální preventivní program a hodnocení kvality a efektivity preventivních programů.

Praktická část je prezentuje zrealizovaný kvantitativní výzkum. Výzkumný vzorek je složen ze žáků třetích, čtvrtých a pátých tříd základních škol, a to z toho důvodu, že není mnoho výzkumů, které by se zabývaly takto mladou věkovou skupinou. V České republice převažuje v dospělé společnosti vysoká míra tolerance vůči kouření a tyto vzorce chování a postoje jsou také často nejmladší generaci v rodinách předkládány. Proto byla pro výzkum

zvolena metoda dotazníkového šetření, která slouží pro zjištění chování a postojů dětí 3. – 5 tříd základních škol. Výsledky studie budou porovnávány s již existujícími daty získanými v České republice a Evropě. V závěru je práce shrnuta a kriticky zhodnocena v celé její říši.

## 2 Děti, dospívající a tabákové výrobky

Cílovou skupinu dětí a dospívajících můžeme rozdělit na dvě podskupiny. Do první lze zařadit jedince do 15 roku života, okolo kterého končí puberta. Do druhé podskupiny lze zahrnout jedince od 15/16-22 roku života a výše, kdy probíhá adolescentní období. Proces dospívání lze definovat jako soubor změn, kterými prochází jedinec od raného dětství až do období mladého dospělého, tedy do období ukončení adolescence. Celý tento proces je provázen mnohými změnami na úrovni biologické, sociální a psychické. Obecně vzato lze říci, že celý tento proces je pro jedince velmi náročný, protože právě v tomto životním období dozrává centrální nervová soustava a s ní emoce a psychika (Kalina et al., 2003).

Stadium vývoje							
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
Útlé dětství	Rané dětství	Předškolní věk	Školní věk	Adolescence	Raná dospělost	Dospělost	Zralý věk – stáří
důvěra vers. nedůvěra				perspektiva vers. zmatek			
	autonomie vers. nejistota			sebejistota vers. vys. sebeuvěd.			
		iniciativa vers. vina		experimentování vers. fixace			
			kvalita vers. podřadnost	učení se vers. neschopnost			
				identita vers. zmatek			
				sex. polarizace vers. bisexualita	intimita vers. izolace		
				vedení a řízení vers. zmatek	produktivnost vers. stagnace		
				ideol. závazek vers. zmatek			integrita vers. nevyrovnanost

Obr. č. 1 - Vývojová stádia dle Eriksona (Macek, 2013, s. 18)

Erikson (2015) popisuje školní věk jako fázi života probíhající mezi 6-12 rokem. V toto období bývá jedinec plný energie a houževnatosti. Snaží se dosáhnout úspěchu, nebojí se zkoušet nové věci, ba naopak se jedná o období prvních experimentů. Jedinec se v této fázi rozumově rozvíjí. Pro rozvoj těchto schopností je velmi důležitá expozice školskému prostředí, kde se dítě může realizovat v nově navázaných přátelských vztazích, či v nově nabitě zodpovědnosti.

Kalina (2003) tvrdí, že zapojení rodiny do léčby je velmi důležitým bodem, protože závislý jedinec pak cítí více podpory. To znamená, že čím mladší jedince, tím spíše je nezbytné zapojit rodinu, jelikož mladší jedinci jsou z různých důvodů na rodině závislí.

## 2.1 Děti a dospívající jako specifická skupina uživatelů tabákových výrobků

Dětský organismus se může s nikotinem setkat již v době, kdy byl ještě plodem, tedy v těle matky. Na plod může mít užívání tabákových výrobků v těhotenství neblahý vliv, například fetální nikotinový syndrom. Králíková (2015) dále uvádí, že léčba těhotných žen, které kouří je celkem oříškem, často nejsou namotivovány přestat, protože podceňuje možné riziko vlivu na plod. Ideální situací je, když těhotná žena přestane kouřit zcela nebo alespoň přejde na náhradní nikotinovou terapii, či jinou formu léčby, která by jí pomohla přestat užívat tabákové výrobky.

Narození plodu neznamena, že je jeho vývin dokončen. Zejména centrální nervová soustava se dotváří přibližně do 16. roku života jedince. V tomto období se nachází v konečné fázi vývoje temporální lalok centrální nervové soustavy. Jedná se o etapu života, která se vyznačuje experimentálním zážitkům, emoční rozladěností či nestabilitou, a ne zcela uváženým jednáním. To znamená, že v období experimentů může dojít k výraznějším dopadům na mladý organismus v důsledku užívání tabákových výrobků (Králíková, 2013).

## 2.2 Dopady užívání tabákových výrobků na mladý organismus

Je zřejmé, že dětský, respektive dospívající organismus je mnohem méně odolný vůči negativním vlivům, které na organismus působí při užívání tabákových výrobků. Králíková (2013) uvádí, že kouř z cigarety má výrazně horší důsledky pro organismus dítěte než dospělého, a to díky vlivu toxických látek, které se v cigaretovém kouři nacházejí. Jak je popsáno výše, tak dětský organismus se vyvíjí ještě kolem 16 roku, což znamená, že má větší tendenci k různým onemocněním. Králíková (2013) zdůrazňuje, že užívání tabákových výrobků v dětském věku způsobuje potíže při léčebném procesu v dospělosti.

Brzké začátky s užíváním tabákových výrobků s sebou nesou negativní vliv na rozvoj kognitivních funkcí mozku. Toto tvrzení potvrzují výsledky výzkumu, který realizovali vědečtí pracovníci na univerzitě Yale v USA. Výsledky ukazují, že u jedinců, kteří užívali tabákové výrobky již od dětství, dochází ke zhoršení paměti (například: učení se novým slovům, což má za následek menší rozsah slovní zásoby) (Nešpor, 2005).

Neméně důležité je zmínit somatické následky související s užíváním tabákových výrobků. Králíková (2013) popisuje onemocnění objevující se u jedinců, kteří kouří v dětství, patří mezi ně nemoci respiračního, například rozvoj CHOPN nebo žilního systému, kdy je typickým příkladem kornatění tepen (ateroskleróza) a rozhodně stoupá nebezpečí

počátku vývoje onkologického onemocnění jako jsou nádory plic a nádory v dutině ústní. Užívání tabákových výrobků se může dále projevit na fyzickém vzhledu jedince – snížená schopnost pružnosti pleti, které se projevuje stárnutím vzhledu (zmnožení vrásek, narušená hydratace). Prokázaným faktem u kuřáků je zhoršení reprodukční funkce pohlavních orgánů u mužů i žen.

Negativní dopady pro lidský organismus má také pasivní kouření, kterému bývá jedinec vystaven v uzavřeném prostoru (restaurační zařízení), ale i na otevřeném prostranství (ulice, zastávka autobusu, etc.). Do pasivního kouření spadá nejen kouř přímo ze zapáleného tabákového výrobku, ale i kouř, který kouřící jedinec vydechuje. Vdechování tabákové kouře nemá sice tak devastující účinky jako aktivní kouření, nicméně na organismu jedince projevuje psychosomaticky, větší pravděpodobností projevení civilizačních onemocnění. Aktivní, ale i pasivní kouření má nepříznivý vliv na vývoj dítěte. (smokefree.gov, n.d.)

## 2.3 Tabák a závislost

Užívání tabákových výrobků spadá dle Světové zdravotnické organizace mezi diagnózy dle klasifikace MKN – 10. Konkrétně se jedná o diagnózu F.17, tedy Syndrom závislosti na nikotinu (WHO, 2016). Pilařová (2003) dále popisuje, že nikotin je hodnocen jako vysoce závislostní látka, jelikož se váže na nikotinové receptory v mozku. V momentě, kdy si kuřák zapálí, dochází ke stimulaci těchto receptorů a následně k uvolňování dopaminu z centra odměny v centrální nervové soustavě.

Králíková (2013) se domnívá, že závislost na tabáku nemá pouze jednu složku, a to fyzickou. Popisuje, že u některých pacientů převažuje právě tato složka, ale u další převažuje nebo je minimálně součástí jejich závislosti složka psychosociální. Psychosociální složka závislosti je často spojena s individuálními zážitky a denními stereotypy pacienta. Typickým příkladem může být ranní káva nebo zapálení si cigarety hned po probuzení na balkóně. Pacienti velice často uvádějí, že mají cigaretu neodmyslitelně spojenou se stresovými situacemi.

### 2.3.1 Příčiny závislostí u dětí a dospívajících

Důvody, které předcházejí inklinování k užívání tabákových výrobků je hned několik od biologických, respektive genetických až k sociálním.

Kalina (2015) popisuje, že genetické faktory jsou potvrzené výzkumnými studiemi, které uvádějí, že je dědičnost prokázána u 20–50 % případů. Pazdera (2008) tvrdí, že na vině je gen CHRNA5. U nosičů tohoto genu existuje velká pravděpodobnost pozitivní odezvy organismu i jen po jedné cigaretě. Zároveň jedinci s touto genovou výbavou pro nikotinový receptor se zvyšuje pravděpodobnost, a to konkrétně 3x, onemocnění, které se vyskytuje u jedinců, kteří užívají tabákové výrobky. Samozřejmě potvrzení přítomnosti

tohoto genu v genomu jedince ještě neznamena odsouzení k závislosti, stále jsou tu ještě neméně důležité sociální faktory.

Miovský (2015) se domnívá, že u počátku rozvoje závislosti na tabákových výrobcích u dětí a mladistvých stojí především rodinné prostředí. Zejména se jedná o hodnoty a normy, které jsou v rodině nastavené, jako je například kouření v domácnosti nebo větší tolerance rodičů k rizikovému chování dětí. Dle studií, které uvádí Králíková (2013) je zřejmé, že rané počátky kouření se vyskytují spíše u dětí z neúplných rodin, zpravidla rozvedených nebo z ne zcela finančně zabezpečených rodin. Neméně důležitou roli hrají i sociální skupiny jako je školní třída nebo kamarádi, jak popisuje Alexander (2001) v rámci výzkumné studie, která proběhla v USA. Výsledky ukázaly, že na školách, kde užívají tabákové výrobky tzv. leaders, tedy vůdci, typicky se jedná o sportovce, jedince pocházející z bohatších poměrů a podobně, je kouření populárnější. Naopak ve školách, kde tabákovým výrobkům propadli spíše méně oblíbení jedinci, je naopak užívání tabákových výrobků zpravidla odsuzované. Výzkum také ukázal, že čím více kamarádů má dospívající jedince ve svém okolí, tím více stoupá pravděpodobnost, že se sám stane kuřákem.

## 2.4 Užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých

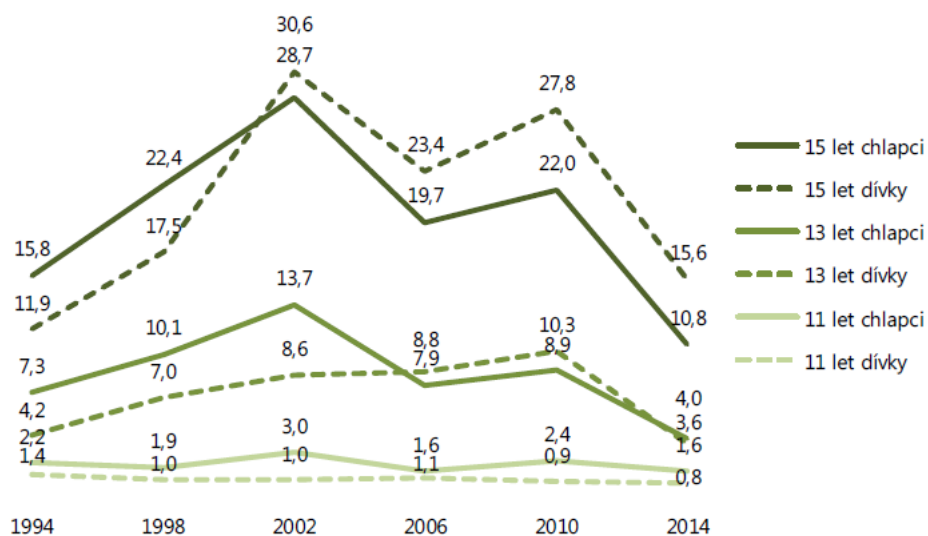
Králíková (2013) uvádí, že první experimenty s tabákovými výrobky u kuřáků startují ještě před nabitím plnoletosti, konkrétně se jedná o 80 % případů. U jedinců, kteří nezačnou kouřit do 19 roku života, se pravděpodobnost tabákové kariéry v pozdějším věku rozhodně snižuje.

Mnohé výzkumy potvrzují, že prevalence užívání tabákových výrobků u dětí a dospívajících není zanedbatelná. To potvrzuje studie ESPAD (2015), dle které celoživotní prevalence užívání tabáku v České republice mezi mladistvými (16 let) dosahovala 66,1 %. Celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků je vyšší u dívek (66,9 %) než u chlapců (65,2 %). Výsledky dále ukazují poměrně alarmující skutečnost a takovou, že průměrný věk, kdy mladiství poprvé okusí tabákový výrobek je 12,58 let, odpovídá to 42,7 % dotazovaných, což je výrazně na evropském průměrem, který činí 23,3 %. Do tohoto výzkumu bylo zahrnuto 35 zemí, z nichž si Česká republika drží prvenství (Chomynová et al., 2016).

Trend nízkého věku užití první cigarety potvrzuje i výzkum GYTS (Global Youth Tobacco Survey), který byl realizován v roce 2015. Výzkumný vzorek byli mladiství ve věku 13–15 let, 47,4 % dotazovaných mělo první zkušenost s cigaretou v rozmezí 12–13 roku života (Millett, Lee & Jawad, 2015). Dle Vágnerové (2008), jsou skutečnosti takové, že první zkušenosti dětí s cigaretou sahají již k 11 roku života. Rozdíl necelých deseti let sice ukazuje, že trend se mírně zvýšil, nicméně je to stále velice nízká hranice pro první experimenty s tabákovými výrobky. Tyto výsledky deklarují, že téma postojů k tabákovým výrobkům u dětí základní školy je rozhodně na místě.

Třetí významnou mezinárodní studií, která se zbývá životním stylem u dětí a mladistvých je výzkum HBSC. V České republice byl tento výzkum realizován roce 2014. V otázce celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků naši žáci nejsou výše, než je Evropský průměr. Pravidelně kouří (myšleno jednou týdně a častěji) 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Podle studie HBSC se celoživotní prevalence kouření týká u žáků 5. – 7. tříd více chlapců než dívek (World Health Organization, 2016).

graf 2-8: Výskyt pravidelného kouření (alespoň 1krát týdně nebo častěji) mezi českými žáky podle pohlaví a věku – studie HBSC, v %



Zdroj: Csémy et al. (2016)

Je velice pravděpodobné, že rané experimentování s tabákovými výrobky může souviset s pravidelným užíváním tabákových výrobků kolem šestnáctého roku jedince, jak dokazují zjištění Státního zdravotního ústavu (2018). Nevyšší výskyt kuřáků byl ve skupině nejmladších respondentů (15-24 let), a to 35,6 %.

## 3 Prevence

Termínem prevence můžou být označována všechna jednání „směřující k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků“. (Miovský et al., 2015, str. 107). Jedná se zejména o snížení počtu úrazů, chorob nebo poškození, které mohou být způsobeny rizikovým chováním (Miovský et al., 2015).

Pojem prevence lze definovat jako základní nástroj k ochraně společnosti, ale i jednotlivce. V podstatě se sem řadí jakákoli výchovná a edukativní činnost, která se zabývá sociální nebo zdravotní problematikou. Tato konání mají vést především k tomu, aby negativní důsledky rizikového chování negadovaly (Miovský et al., 2015).

Rozlišujeme tři úrovně prevence, a to – primární, sekundární (kapitola 3.4) a terciární (kapitola 3.5).

### 3.1 Primární prevence

Jedná se o snahu zabránit vzniku rizikového chování u jedinců, u kterých se projevy rizikového chování ještě neobjevily. V podstatě se jedná o edukační proces, který má za úkol zabránit projevům rizikového chování u co možná nevyššího počtu osob. Obecně vzato by se dalo říct, že primární prevence by měla danou skupinu osob vést k rozvoji dovedností a schopností zvládat náročné životní situace, držet si zdravý životní styl a zdokonalování sociálního chování a myšlení. Z těchto důvodů, by měla být primární prevenci věnována zvláště velká pozornost, protože se jedná o proces ochrany jedince, ale i souboru jedinců, tedy společnosti, a to zejména před nežádoucími účinky a efekty rizikového chování (Adiktologie.cz, n.d.).

Primární prevence se soustřeďuje na získávání a modelování znalostí, s pomocí nichž se bude jedinec schopen pohybovat ve světě, kde na rizikové chování a fenomény bude narážet. Díky znalostem a informacím, které vytěží z programů primární prevence, je identifikuje a neumožní jim, aby ho ohrozili (Miovský et al., 2015).

Rozlišujeme několik úrovní primární prevence, podle Čecha (in Miovský, 2015, s. 108) jsou to „*primárně preventivní aktivity na úrovni všeobecné prevence směřujeme k co nejširší populaci, aby podchytily, imunizovaly a pozitivně zformovaly co největší skupinu jedinců v rámci společnosti. Na úrovni práce s ohroženými a jinak znevýhodněnými skupinami vyvíjíme preventivní strategie na úrovni selektivní prevence. Pokud pak jde přímo o ohrožené jedince a jedince, u kterých se již objevuje rizikové chování, pak využíváme intervence na úrovni indikované prevence.*“

V dalším dělení se setkáváme s pojmy nespecifická a specifická prevence. Nespecifická prevence by měla být klíčová pro rozvoj osobnosti jedince. V tomto případě jsou živeny přirozené formy chování, jedná se o životní hodnoty, morálku nebo záliby, které mají nepochybně velký vliv na psychický a osobnostní růst jedince. Těžištěm nespecifické



prevence by mělo být pro jedince přirozené prostředí, v tomto případě rodina. Specifická prevence se týká již aktivit, kterou jsou realizovány v rámci školních preventivních programů. Tématy, kterými se zabývá specifická prevence, jsou: xenofobie, rasismus, drogová závislost a podobně. Snaží se tedy k různým problematikám přistupovat globálně, a tím podávat komplexní aspekty rizikového chování (Miovský et al., 2015).

## 3.2 Sekundární prevence

Nešpor (2011, s. 156) definuje pojem sekundární prevence takto *„sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě předtím, než nemoc způsobila poškození.“* Tento typ prevence se tedy aplikuje v případech, kdy došlo k rozvoji závislosti na návykové látce. Realizátory sekundární prevence jsou zpravidla zařízení, která jsou součástí systému léčebné péče, tedy nízkoprahová zařízení, ambulantní zařízení, ústavní a rezidenční zařízení. Důležitou složkou pomoci v rámci sekundární prevence je spolupráce klienta a rodiny (Kalina et al., 2015).

## 3.3 Terciární prevence

Terciární prevence má za úkol zabraňovat negativním dopadům v důsledku užívání návykových látek. Patří sem zejména fatální dopady na zdraví jedince, neméně důležitým tématem jsou i sociální dopady v důsledku užívání návykových látek. Kalina (2008, s. 22–23) popisuje tyto procesy jako *„resocializace a rehabilitace u klientů, kteří již prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog; intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat.“*

## 3.4 Rizikové chování

Na začátku je důležité definovat si pojem „rizikové chování“. Jedná se behaviorální přístup k životu, který s sebou nese mnohdy vážná rizika, a to jak z hlediska zdravotního, tak ale i sociálního, rodinného nebo také ekonomického. Do rizikového chování se řadí zvyky, které ne zcela odpovídají normám společnosti, toto jednání spočívá v rizikových sexuálních praktikách, gambling, riskantní aktivity (např. adrenalinové sporty) nebo agresivní chování (verbální i neverbální). V podstatě se jedná o formy chování, které s sebou nesou ať už více či méně výrazné dopady jak na fyzické zdraví, tak i na duševní zdraví jedince (Miovský a kol., 2015).

Širůčková (in Miovský, 2015, s. 127) tvrdí, že *„společným jmenovatelem všech forem rizikového chování je kritérium prepatologické úrovně sledovaného jevu, tzn. že teoretické systémy zabývající se rizikovým chováním nepřesahují do popisu patologické roviny problematiky (např. závislostní chování)“.*

Rizikové chování se může projevit v oblasti abúzu návykových látek, který bývá silně podpořen sociální skupinou jedince. Podle WHO (1993) dospívající v 71–80 % užili návykovou látku ve skupině, nikoli o samotě (Kabíček et al., 2014).

Neméně důležitou oblastí, kterou ovlivňuje rizikové chování je psychosociální oblast. Projevem jsou například agresivní verbální i neverbální výpady jedince k okolí nebo i k rodině. Lze se setkat i se suicidními pokusy (u dívek se zpravidla jedná spíše o pokus, u hochů se dokonaná sebevražda podaří 3x více než u děvčat). Toto nestandardní chování může vést k záškoláctví, útěkům z domova, šikaně, lhaní nebo k provokativnímu chování (Kabíček et al., 2014).

Velmi závažné dopady mívá rizikové chování v somatické oblasti. Zařazují se sem nezdravá výživa, respektive nezdravé stravování, což může vést až ke chronickým onemocněním, jako jsou poruchy příjmu potravy (bulimie nebo anorexie, ale také obezita). Ohrožení se týká i rozmnožovacího systému, v případě promiskuity, která by se provozovala bez ochrany (Kabíček et al., 2014).

Dopadem všech zmíněných projevů bývá změna sociální skupiny, která obvykle rizikové chování schvaluje, další dopady se týkají zhoršení školní docházky a prospěchu (Kabíček et al., 2014).

### 3.4.1 Primární prevence rizikového chování

Z historického hlediska nelze primární prevenci rizikového chování jednoduše interpretovat. Na vývoj prevence v ČR mělo vliv několik skutečností, například nedostatečné financování ze státního rozpočtu, a to z toho důvodu, že preventivní programy (obecně) nebyly příliš populární, v podstatě se upozadovaly. Dalším významným vlivem byly absence systému hodnocení kvality a efektivity prevence a nedostatečný počet kvalifikovaných pracovníků, kteří by prevenci efektivně realizovali (Miovský et al., 2015).

Miovský (2015) dále popisuje, že před rokem 1989 nemůžeme mluvit o komplexním systému prevence, ale o různých koncepcích, které v podstatě fungovaly samostatně. Nebyl vytvořen žádný souhrnný dokument, který by problematiku primární prevence definoval.

Po roce 1989 se u nás primární prevence začala poměrně dynamicky rozvíjet. Miovský (2015, s. 17) uvádí, že „v polovině 90. let se setkáváme také s několika důležitými publikacemi, které pozitivně ovlivnili další směřování prevence.“ Mezi tyto odborné texty můžeme zařadit například publikaci od Nešpora a Csémyho (1993), která definuje některé preventivní postupy a podoby. Na rozvoji prevence se v 90. letech podílela i vláda, konkrétně MŠMT, které vydalo publikaci *Učitelé proti drogám* (1999). Nicméně komplexní a pevný program nastal až mezi lety 2002–2008, kdy se začala sledovat kvalita a efektivita preventivních programů a také certifikace.

### 3.4.2 Prevence užití tabáku

Světová zdravotnická organizace vytvořila Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku (WHO), která usiluje celosvětové snižování celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků. Mezi preventivní postupy, které úmluva navrhuje patří zvyšování povědomí o negativních dopadech užívání tabákových výrobků mezi dětmi a mladistvými, rozšíření spektra pomoci v léčbě závislosti na tabáku, regulace reklamy na tabák, zvýšení spotřební daně na tabákové výrobky, ochrana nekuřácké části společnosti před vystavování se pasivnímu kouření (protikuřácké zákony) nebo jednoduchá a výstižná varování před negativními dopady na organismus jedince (WHO, 2008).

### 3.4.3 Faktory ovlivňující rizikového/problémového chování

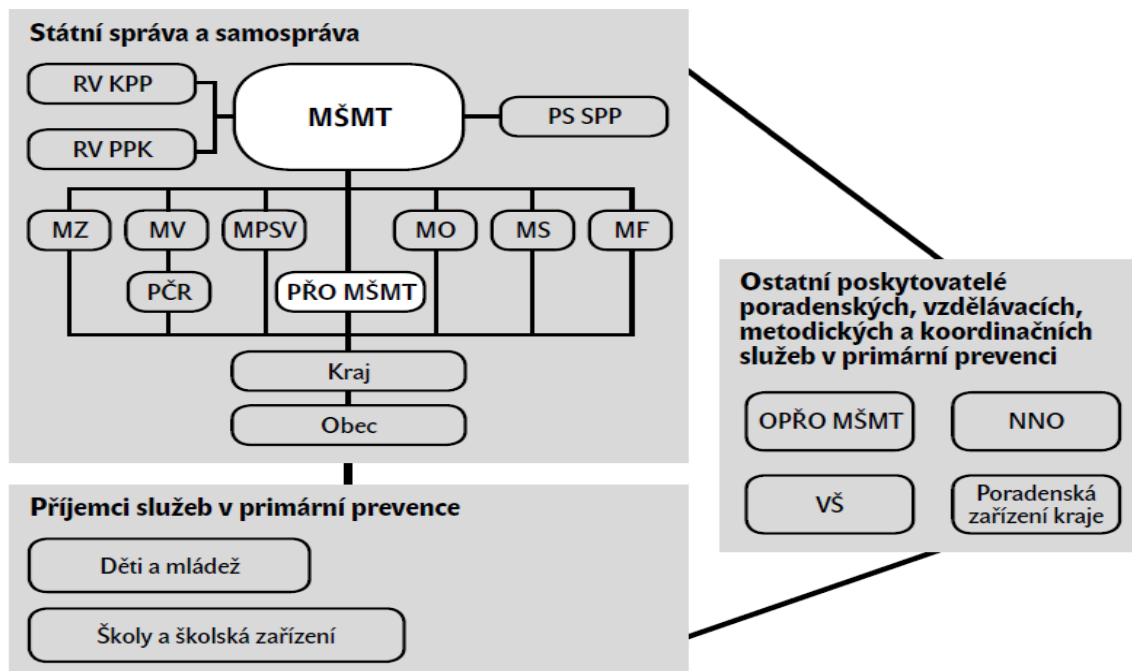
Faktory ovlivňující rizikové chování se v rámci primární prevence dělí na: protektivní a rizikové. Kulhánek (2015) uvádí, že mezi rizikové faktory lze řadit současné užívání tabáku a dalších omamných látek, kuřácké prostředí v domácnosti dítěte, užívání tabákových výrobků ve vrstevnickém skupině, finanční nenáročnost na náklady spojené s koupí tabákového výrobku nebo vysoká míra tolerance vůči užívání tabákových výrobků ve společnosti, ale i v rodině daného jedince. Naopak mezi protektivní faktory se řadí úspěchy v životě (ve škole, v práci), vyšší zájem a kontrola ze strany rodičů, absence kuřáků v rodině nebo regulace užívání tabákových výrobků v restauračních zařízeních a otevřených prostranstvích.

Protektivní, nebo-li ochranné faktory. Již z názvu je patrné, že se jedná o vlivy posilující osobnostní a sociální růst jedince. Obecně se zaměřují na zdravý životní styl, orientaci na vzdělávání, chování odpovídající normám společnosti, důležitost postihů za přestupky, zapojení jedince do činností podporující sociální dogmata (dobrovolnictví, etc.) (Miovský et al., 2015).

Miovský (2015) uvádí, že rizikové faktory, naopak spíše podporují jedince v rizikovém chování, a zároveň brzdí jeho rozvoj. U takových jedinců odpadá orientace na budoucnost, což se projevuje jak v nezdravém životním stylu, tak i v rámci vzdělávání, distancování se od rodiny a výrazná fixace na sociální skupinu, která přispívá k rozvoji rizikového chování svým schvalujícím postojem.

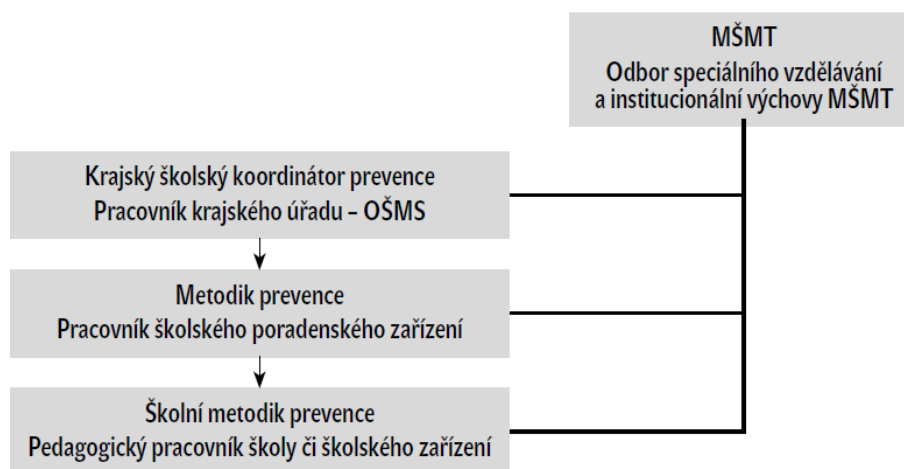
## 4 Systém školské primární prevence v České republice

Primární prevence je v ČR organizována na dvou stupních, a to horizontálním a vertikálním (MŠMT, 2013).



Zdroj: Miovský et al. (2015)

V rámci horizontální úrovně spolupracují zejména MŠMT, ministerstvo zdravotnictví, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která je pod Úřadem vlády a Republikový výbor prevence kriminality, který je organizován pod Ministerstvem vnitra. Tento stupeň prevence je tedy realizován na celostátní úrovni. Koordinace vertikální úrovně probíhá na místní a regionální úrovni (MŠMT, 2019).



Zdroj: Miovský et al. (2015)

## 4.1 Školský preventivní program

Miovský (2012) uvádí, že preventivní program je vlastně soubor metod a forem, kterými se motivují žáci a pedagogové k preventivním aktivitám. Pedagogický sbor má za úkol uskutečňovat aktivity v rámci preventivního programu a také se má podílet na jeho vytváření a rozvoji. Celý tento komplex činností provází kontrola a koordinace ze strany školského metodika prevence.

Miovský (2015) dále popisuje, jakým způsobem se má preventivní program odvíjet. Zpravidla to záleží na aktuální situaci na dané škole. Z toho důvodu se realizuje analýza dané situace, ze které vzejdou konkrétní cíle preventivního programu. Je zřejmé, že na každé škole budou výsledky analýzy odlišné. Přestože je každý preventivní program jiný, jeho tvorba se řídí obecným schváleným schématem.

### 4.1.1 Školní metodik prevence

Činnost, kterou školní metodik prevence provádí přesně stanovuje vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a Koncepce poskytování poradenských služeb ve škole č.j. 27317/2004-24 uveřejněné ve Věstníku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, ročník LXI, šest 7 z července 2005 (Miovský et al., 2015).

Slavíková a Zapletalová (in Miovský, 2015, s. 82–83) uvádí, že „*školní metodik prevence vykonává metodické, koordinační, informační a poradenské činnosti.*“ Do činnosti koordinační a metodické obecně patří koordinace tvorby preventivních programů rizikového chování, vzdělávání a vedení pedagogů škol v problematice prevence rizikového chování nebo kooperace škol se zařízeními, které se věnují prevenci rizikového chování. Informační činnost se soustřeďuje na předávání informací mezi školami, zdravotnickými zařízeními či sociálními zařízeními. Na základě zjištěných skutečností se poté stanovují cíle preventivního programu (Miovský, 2015).

## 4.2 Školská primární prevence rizikového chování

Školská primární prevence rizikového chování je programově velice obsáhlá. I přesto, že existuje pestrá škála těchto programů, ani zdaleka nelze říci, že by mohly být aplikovány na všechny cílové skupiny. Proto je důležité mít o programu představu, ať už z hlediska možné realizace, tak i z ekonomické stránky věci. Na základě těchto skutečností lze preventivní programy zefektivnit a dodat jim kvalitu (Pavlas Martanová et al., 2012).

Stejně jako poskytovatelé sociálních služeb, kteří se musí řídit konkrétními nařízeními, tak i pro preventivní program existují jasná pravidla – tzv. standardy, jak popisuje Pavlas Martanová (2012). Standardům má odpovídat daný preventivní program, který se soustřeďuje na určitou problematiku, např. záškoláctví, sexuální

experimentování a jiné. Standardy obecně řečeno nastavují mantinely, ve kterých má program probíhat, ať už se jedná o financování nebo hodnocení kvality a efektivity. Dále se zaměřují na časoprostorovou část programu, zda lze daný program vůbec realizovat. K tomu slouží podrobný popis přípravy, plánování a definování cílů, provedení a kontinuitu s cílovou skupinou. Aby byl preventivní program efektivní musí mít jasně definované cíle. Jinak nelze program objektivně hodnotit. Hodnocení je důležitým krokem k tomu, aby mohl být daný program certifikován. To lze jen v případě, že program odpovídá standardům (Pavlas Martanová et al., 2012).

### **Minimální preventivní program**

Skácelová (in Miovský, 2015) uvádí, že se jedná o dokument, který je sestavován na dobu jednoho roku každou školou. Realizace tvorby minimálního preventivního programu má na starosti školní metodik prevence. Nicméně na vytváření tohoto dokumentu se podílí celý pedagogický sbor. Učitelé vkládají do své výuky jednotlivá témata, která se týkají prevence. Třídní učitel má za úkol skrze ankety nebo dotazníky zjistit, co se v jeho třídě děje – rizikové chování a podobně. S výsledky pak učitelé seznamují ředitele školy a metodika, aby se mohl vytvořit plán s pevnou strukturou a zaměřením preventivního programu. Z toho vyplývá, že se na vytváření programu podílejí i žáci jednotlivých tříd. Škola dále kooperuje s institucemi nabízejícími konkrétní formy preventivního programu.

Mioviský (2015) dále popisuje, že minimální preventivní program má mít tři základní cílové oblasti zaměření. Zpravidla se jedná o bezpečnost žáků, a to jak při pobytu ve škole, tak ale i na různých mimoškolních programech, jako jsou sportovní aktivity, kultura nebo soutěže. Další oblastí, na kterou má být program cílený je osobností a sociální rozvoj žáků. V neposlední řadě se má program věnovat tomu, co učitelé v rámci monitoringu v jednotlivých třídách zjistili, tedy konkrétnímu rizikovému chování vyskytujícího se u nejvíce žáků v dané škole.

Minimální preventivní program nutně musí mít každá škola, jelikož tento dokument podléhá České školské inspekci je podrobován kontrole a hodnocení, které se po písemném vyhotovení přikládá jako součást výroční zprávy školy. Zásadní částí programu musí obsahovat přesně definované cíle, a to jako dlouhodobé, tak krátkodobé, aby mohl být program kontrolován a hodnocen (Mioviský, 2015).

### **4.3 Certifikace preventivních programů**

Certifikace preventivních programů, respektive jejich poskytovatelů poukazuje na to, že daný preventivní program odpovídá měřítkům, které stanovují standardy na základě nichž, se pak provádí hodnocení kvality a efektivity preventivního programu

(Miovský, 2015). Pavlas Martanová (2012) dále popisuje, že certifikace by se dala definovat jako postup, který sleduje, zda konkrétní program naplňuje jednotlivé body odborných standardů kvality služeb. To znamená, že aby mohl být program certifikován, musí mít: jasně stanovené cíle; přesně dané postupy a metody, jakým způsobem bude program probíhat; musí odpovídat požadavkům nárokům zákazníka (tedy školy); program má být jasně vymezený směrem k cílové klientele.

Miovský (2015) popisuje, že žádost o certifikaci mohou podat jak státní zřízení, tak soukromá zařízení. V momentě, kdy preventivní program projde přes certifikační komisi a certifikace je udělena, značí to vysokou hodnotu preventivního programu. Certifikace je důležitá i v otázce financí, jedná se zejména o směr toku dotací. Hlavními znaky procesu certifikace je, že není povinná k tomu, aby mohl poskytovatel nabízet preventivní programy. Poskytovatelé projevují zájem sami, s tím souvisí náklady, které si poskytovatelé z části nesou sami a z části jim s placením nákladů pomáhá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

#### 4.4 Kvalita a efektivita školské primární prevence v ČR

Preventivní program se má soustředit na určité téma, které je specifikované v minimálním preventivním programu školy, nicméně program má být veden komplexně. To znamená, že hlavní linií může být například zaměření na sexuálně rizikové chování, ale k tomu patří ještě spousta přidružených témat, jako jsou: rizikové užívání alkoholu a dalších omamných látek, hodnoty v rodině, záškoláctví a podobně. Efektivitu programu dosáhneme tehdy, když: jsou programově naplněny potřeby školy, respektive minimálního preventivního programu; kooperace pracovníků programu se školou a zejména se školním metodikem prevence. Preventivní aktivity mají probíhat dlouhodobě a intenzivně, protože teprve tehdy se začíná budovat hlubší vztah s preventivním pracovníkem. Čím více se spolupráce školy, respektive žáků a lektorů prohlubuje, tím spíše lektor dokáže reagovat na možné změny preferencí žáků a momentální situaci cílové skupiny (Černý a Lejčková, 2007).

## 5 Praktická část

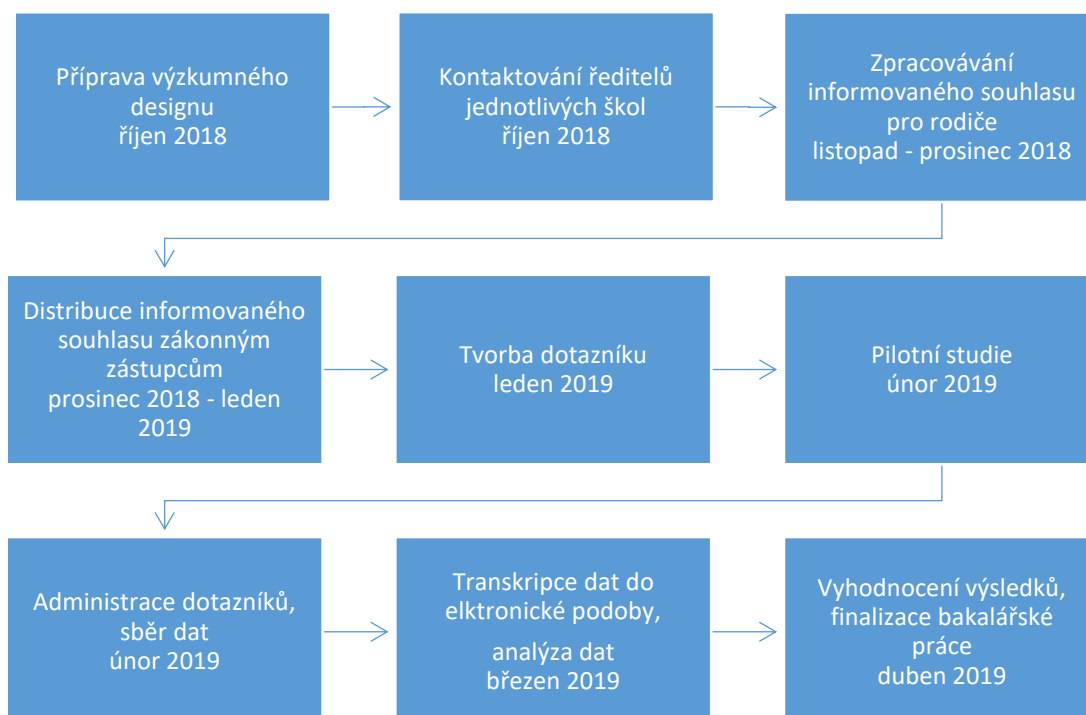
### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem studie bylo zkoumat, jaké jsou postoje žáků k tabákovým výrobkům a jaké mají vybraní žáci 3. - 5. tříd zkušenosti s jejich užíváním. Výzkum byl zaměřen jak na zkušenosti žáků samotných, tak na jejich rodinu, zda někdo u nich v rodině užívá tabákové výrobky, a jestli u žáků, kteří pochází z kuřácké rodiny více experimentátorů nebo nikoli. Výsledná data z výzkumu by mohla sloužit jako vodítko pro tvorbu primárně preventivních programů a základních školách v Aši. Specifickým cílem výzkumného šetření bylo zjistit postoje žáků na užívání elektronických cigaret a jakým způsobem vidí škodlivost aktivního a pasivního užívání tabákových výrobků.

#### 5.1.1 Výzkumné otázky:

- 1) Jaká je prevalence užívání v cílové skupině 3. – 5. tříd na vybraných základních školách v Aši?
- 2) Jaké mají dotazovaní žáci postoje k užívání elektronických cigaret?
- 3) Kolik z dotazovaných žáků má v rodině člena/y, který/ří užívají tabákové výrobky?
- 4) Jaké mají dotazovaní žáci postoje ke škodlivosti užívání tabákových výrobků?

### 5.2 Časový harmonogram výzkumné studie





## 5.3 Rekrutace respondentů

Důležitým bodem pro realizaci výzkumu bylo oslovení vedení základních škol v Aši. Tato komunikace probíhala v prvním kontaktu přes e-mail. Poté následovalo osobní setkání, kdy bylo vedení školy sděleno, jakým způsobem bude výzkum probíhat, a byly předány informované souhlasy pro zákonné zástupce.

Z každé školy byla vybrána jedna třetí, čtvrtá a pátá třída, jedná se tedy od devět tříd. Třetí až páté ročníky mají rozmezí od dvou do tří tříd. Proces výběru konkrétní třídy, která se měla zapojit do výzkumu byl realizován losování ze tříd v jednotlivých ročnících. Podle vylosované třídy byl dále do procesu zapojen i třídní učitel, na kterého byl předán kontakt přes vedení základních škol.

### 5.3.1 Výzkumný soubor

Studie se zaměřovala na žáky základních škol v Aši, konkrétně na třetí až pátou třídu. Výzkum byl realizován na všech třech vybraných základních školách v Aši.

Osloveno bylo celkem 212 žáků, z nichž 71,2 % z nich dali zákonní zástupci souhlas se zapojením do výzkumného šetření. Výzkumného šetření se zúčastnilo 151 žáků ze všech tří základních škol. Informované souhlasy byly žákům distribuovány v tištěné formě přes ředitele škol, kteří je předali příslušným třídám učitelům. Téměř třetina z oslovených rodičů žáků (28,8 %) nedalo souhlas se zapojením dítěte do studie. K podpisu informovaného souhlasu nedošlo z několika důvodů. První byl, že žáci informovaný souhlas ztratili, takže se k rodičům ani nedostal. Dalším důvodem byl prostý nesouhlas zákonných zástupců se zapojením svého dítěte do výzkumného šetření.

Tabulka č. 1 – Celkový počet respondentů, dle tříd a pohlaví (n=151)

Třídy	Počet žáků	Z toho děvčata	Z toho chlapci
<b>3. třída</b>	41	23	18
<b>4. třída</b>	64	29	35
<b>5. třída</b>	46	14	32
<b>Celkem</b>	151	66	85

Zdroj: vlastní výzkum

Celkově se výzkumu zúčastnilo 41 žáků ze třetích, 64 ze čtvrtých a 46 z pátých tříd. Dotazník vyplnilo více chlapců než děvčat, konkrétně 85 chlapců a 66 děvčat. Největší podíl děvčat byl ve čtvrtých třídách, 29, nejmenší v pátých, 14. U chlapců bylo největší zastoupení také ve čtvrtých třídách (35) a nejméně naopak ve třetích (18).

## 5.4 Design výzkumu

Výzkumná studie byla realizována kvantitativní metodou, konkrétně dotazníkovým šetřením (dotazníkem v papírové formě). Dotazník se zaměřuje na KAB model, respektive na attitudes a behavior (NÚV, 2019). Dotazník byl sestaven pomocí uzavřených otázek, otevřených otázek a numerických škál. Dotazník zjišťoval, jak se žáci základních škol v Aši k problematice užívání tabákových výrobků staví.

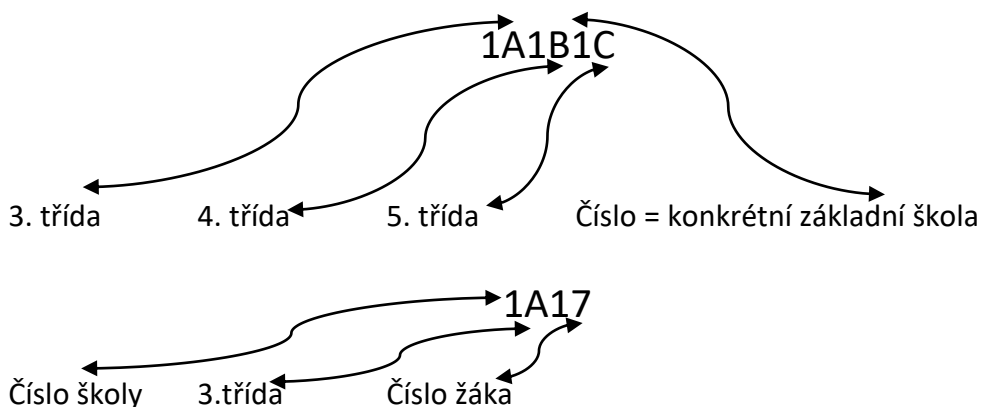
## 5.5 Metody sběru dat

### 5.5.1 Tvorba dotazníku

Pro získání dat byl zvolen nástroj kvantitativní metody, dotazník, který se stává z devíti otázek. Jedna část dotazníku je koncipována tak, že si respondenti vybírají z více uvedených možností. Další část byla specifická v tom, že byly vytvořené postoje a hodnotící škály, kdy dotazovaní odpovídali na danou otázku nebo tezi dle vlastního uvážení, názoru a postoje. Do dotazníku byly dále zahrnuty otázky, na kterých byla sledována míra souhlasu či nesouhlasu s danou problematikou. Dotazník a jeho obsah byl přizpůsoben nejmladším dětem zapojeným do studie, tedy žákům třetích tříd.

Každému žákovi byl v rámci studie přidělen anonymní kód (viz schéma č. 1).

Schéma č. 1 - Proces vzniku kódu školy a žáků



Pro lepší navázání komunikace s respondenty byly v dotazníku využity obrázkové vizualizace (s ohledem na kognitivní vývoj dětí – úsměv, zamračení). Pokyny v dotazníku a rozloučení byly psané neformálně, aby byla navozena přátelská atmosféra.

Dotazník byl tematicky dělen na několik částí. První se věnovala otázkám zaměřujícími se na chování respondentů, zda již užívali tabákový výrobek a kolikrát. Druhá část se týkala čistě zjišťování postojů dotazovaných k elektronickým cigaretám. Ve třetí části byly dotazy zaměřeny na to, zda žáci jsou nebo nejsou z kuřácké rodiny, a pokud ano, tak jak se staví k tomu, že někdo z jejich rodiny je uživatelem tabákových výrobků. V poslední

části dotazníku se nachází otázky, které zjišťovaly na základě postojových škál, zda si žáci myslí, že užívání tabákových výrobků škodí jejich organismu a zdraví, a jestli může na jejich organismus nepříznivě působit, když se nacházejí v zakouřeném prostředí.

### 5.5.2 Pilotní studie

K ověření relevantnosti otázek a srozumitelnosti dotazníku byla využita pilotní studie. Studii absolvovali dva žáci třetí třídy, jedno děvče a jeden chlapec, kteří se pilotní studie mohli zúčastnit na základě ústního souhlasu jejich matky. Vyplňování dotazníku probíhalo téměř bez potíží. Oba dotazovaní se ptali u dvou posledních otázek, jak přesně mají odpovědět:

**Jak moc je podle tebe kouření tabákových výrobků nebezpečné pro zdraví? (jako ve škole – 1 kouření není škodlivé/5 je hodně škodlivé) (zakroužkuj)**

☹ 1-----2-----3-----4-----5 ☺

**Jak moc mi škodí, když jsem v zakouřeném prostředí? (jako ve škole – 1 kouření není škodlivé/5 je hodně škodlivé) (zakroužkuj)**

☹ 1-----2-----3-----4-----5 ☺

Pro odpověď byly sestaveny hodnotící škály, na které žáci odpovídali jako ve škole, když je známkuje paní učitelka, tady 1 – písemka je zcela bez chyby (neškodí), 2 - v písemce bylo pár chybiček, 3 – v písemce bylo již více chyb, 4 – v písemce bylo uděláno mnoho chyb, 5 – písemka byla hodně špatná s větším počtem chyb než správných odpovědí (velice škodí). Takto tomu žáci rozuměli a na otázky odpověděli.

### 5.5.3 Administrace dotazníků, sběr dat

Samotná realizace, tedy zadávání dotazníků se odehrála osobně ve třídách. Přítomni byli i třídní učitelé, kteří do administrace nezasahovali. Jejich přítomnost byla podmíněna tím, že někteří žáci neměli podepsaný souhlas od svých zákonných zástupců, takže při vyplňování dotazníků si je učitelé vzali do zadní části třídy a zadali jim práci (např.: malování, soutěž v počítání, etc.). Každý žák, který měl souhlas od zákonného zástupce měl přidělen kód, pod kterým dotazník vyplňoval (dále viz. Kapitola 5.6 Etika).

## 5.6 Komplikace při sběru dat

V rámci procesu sběru dat bylo obtížné vybrat den a přesnou hodinu, kdy by žáci mohli vyplnit dotazník. Nechtěla jsem, aby moje návštěva tříd výrazně narušovala jejich program v rámci výukových hodin. Proto jsem se dopředu domluvila s řediteli škol a třídními učiteli, aby byla realizace výzkumného šetření směřována do hodiny českého jazyka nebo čtení s porozuměním. Původní časový odhad na vyplnění dotazníku byl cca 20 minut. Nakonec byl nejdelší čas 15 minut u třetí třídy.

## 5.7 Etické aspekty výzkumu

V rámci výzkumného šetření byl nezbytně nutný informovaný souhlas zákonných zástupců potenciaálních respondentů, jelikož se jedná od děti od osmi do deseti let.

V informovaném souhlasu byla pozornost soustředěna hlavně tomu, aby zákonní zástupci porozuměli výzkumnému šetření. V souhlasu jim byl sdělen záměr a cíl bakalářské práce. Stručně jim bylo popsáno, jakými tématy se budeme v dotazníku zabývat a jak dlouho jeho vyplnění dětem zabere. Důraz byl kladen na to, že veškerá sebraná data budou uchovávána, publikována a archivována anonymně. Školy i žáci jsou vedeni po náhodně přidělenými kódy, aby nebylo možné určit, jaké výsledky jsou, ze které školy.

Informovaný souhlas byl nejdříve předložen vedení školy, aby se s ním mohli podrobně seznámit, až poté byl distribuován v tištěné formě přímo rodičům.

Dotazníky byly striktně anonymní, přičemž každému žákovi je přidělen kód jako náhrada jména. Přesto se žáci ptali, zda se jejich odpovědi nedostanou k rodičům nebo k učitelům a vedení školy. Proto bylo do etiky zahrnuto další anonymní opatření a to takové, že v momentě vyplnění dotazníku byli žáci vyzváni k tomu, aby vyplněný dotazník otočili, aby nebyly vidět jejich odpovědi a vše se vybralo hromadně a bylo dáno do obálky z druhé strany, přičemž žáci byli přítomni u zapečetění obálek.

## 5.8 Analýza dat

V první řadě bylo sebraná data před analýzou dat nutno převést z papírové formy do elektronické podoby. Sebraná data byla transkribována pomocí MS Excel řady Microsoft Office 2019 a následně byla data analyzována pomocí kontingenčních tabulek v MS Excel s pomocí metod deskriptivní statistiky. Byly vytvořeny tabulky v návaznosti na výzkumné otázky a z nich pak jednotlivé grafy, použité pro popisnou statistiku.

Za účelem transkripce byla data operacionalizována. Pro zadávání dat do MS Excel byl nastaven systém označení a podmínky, pod kterými se data fixovala. Proměnné byly kódovány pro účely MS Excel. Hodnotou 1 představuje ANO, hodnota 0 reprezentuje NE. Definovány byly i hodnoty pro případné chybějící odpovědi, tedy 99, a také pro nevalidní odpovědi, v tomto případě se jedná o hodnotu 88.

V rámci převodu dotazníků do elektronické podoby bylo provedena i kontrola čistoty dat. Po důkladné analýze dat a jejich přepsání do MS Excel nebyly nalezeny nevalidní dotazníky ani data. Pouze v jednom případě byla odpověď označena hodnotou 88, jako zavádějící odpověď. V rámci otázky, na kterou se mělo odpovídat zakroužkováním odpovědi souhlasím nebo nesouhlasím, zakroužkovali respondenti obojí. Dotazníků s chybějící odpovědí, které byly s hodnotou 99, bylo nalezeno více, konkrétně se jednalo o čtyři nekompletní dotazníky. U daných odpovědí nebylo zaškrtnuto nic, anebo bylo zaškrtnuto více odpovědí a vzápětí byly označeny křížkem s komentářem, že se daný

respondent nemohl rozhodnout, takže radši vše škrtnul. Další variant byla prostá, dotazovaný na otázku jednoduše neodpověděl.

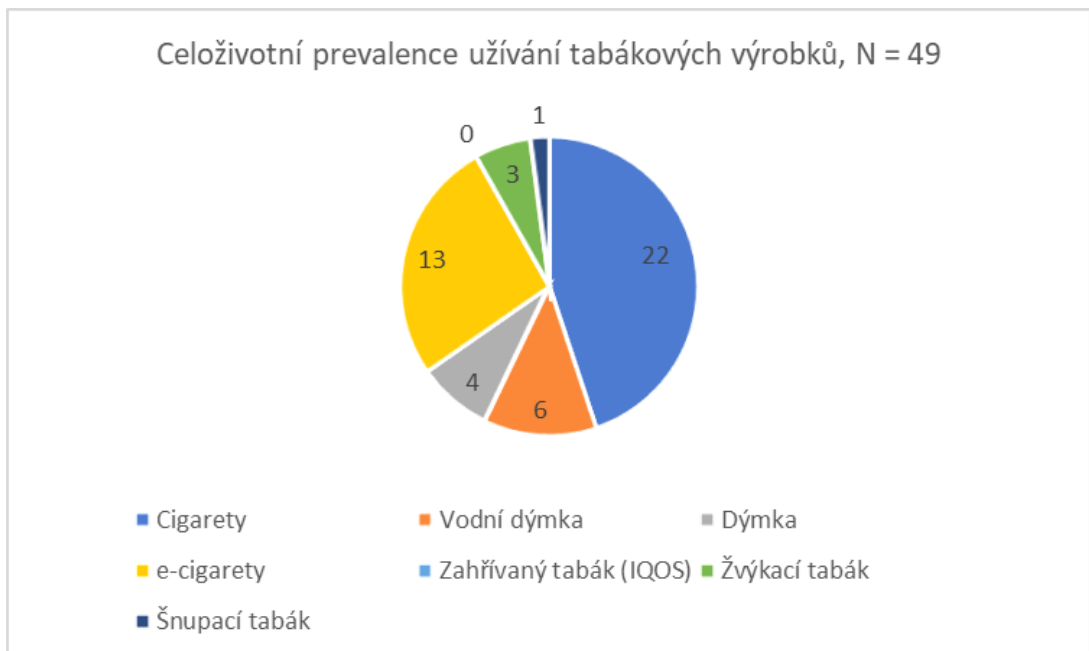
## 5.9 Výsledky

Tato podkapitola prezentuje výsledky zrealizované dotazníkové studie v pořadí dle stanovených výzkumných otázek

### 5.9.1 Jaká je prevalence užívání v cílové skupině 3. – 5. tříd na základních školách v Aši?

Celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků u výzkumného souboru (n = 151) je 32,5 %. Celkově tedy užilo některý z tabákových výrobků 49 ze 151 respondentů.

Graf č. 1 - Celoživotní prevalence tabákových výrobků u respondentů (n = 49)



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce zastoupeným tabákovým výrobkem, který dotazovaní užili, byly cigarety (45 %), uvedlo to 22 respondentů. Mezi experimenty s tabákovými výrobky patří také e-cigarety, což uvedlo 13 respondentů. V řádech jednotek jsou pak uváděny tabákové

výrobky jako vodní dýmka, dýmka, žvýkáci tabák nebo šňupací tabák. Naopak zahřívaný tabák neuvedl žádný z dotazovaných žáků.

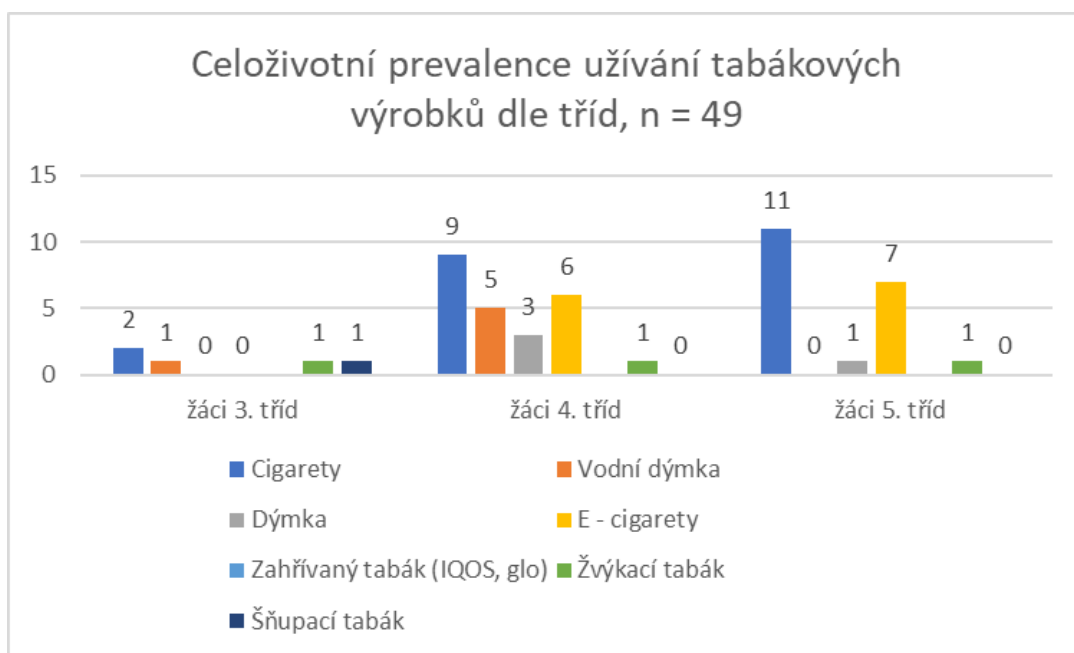
Tabulka č. 2 – Procentuální zastoupení tabákových výrobků u dotazovaných (n = 49)

Typ tabákového výrobku	Prevalence užívání	Procentuální zastoupení
Cigarety	22	45%
Vodní dýmka	6	12%
Dýmka	4	8%
e-cigarety	13	27%
Zahřívaný tabák (IQOS)	0	0%
Žvýkáci tabák	3	6%
Šňupací tabák	1	2%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 ukazuje, jaká je celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků napříč dotazovanými třídami. Ve třetích třídách byly zjištěny experimenty v rámci jednotek u tabákových výrobků jako jsou: cigarety, vodní dýmka, žvýkáci tabák nebo šňupací tabák. U žáků čtvrtých tříd se na vedoucí pozici drží cigarety (45 %), kdy zkušenost s nimi uvedlo 9 respondentů, 6 respondentů uvedlo zkušenost s e-cigaretami, 5 dotazovaných užilo alespoň jednou v životě vodní dýmku. Další 4 respondenti mají zkušenost s dýmkou a žvýkáčím tabákem. V pátých třídách uvedlo užití cigarety alespoň jednou za život 11 dotazovaných, 7 respondentů má zkušenost s e-cigaretou. Po jednom dotazovaném je uvedeno užití dýmkou a žvýkáčím tabáku.

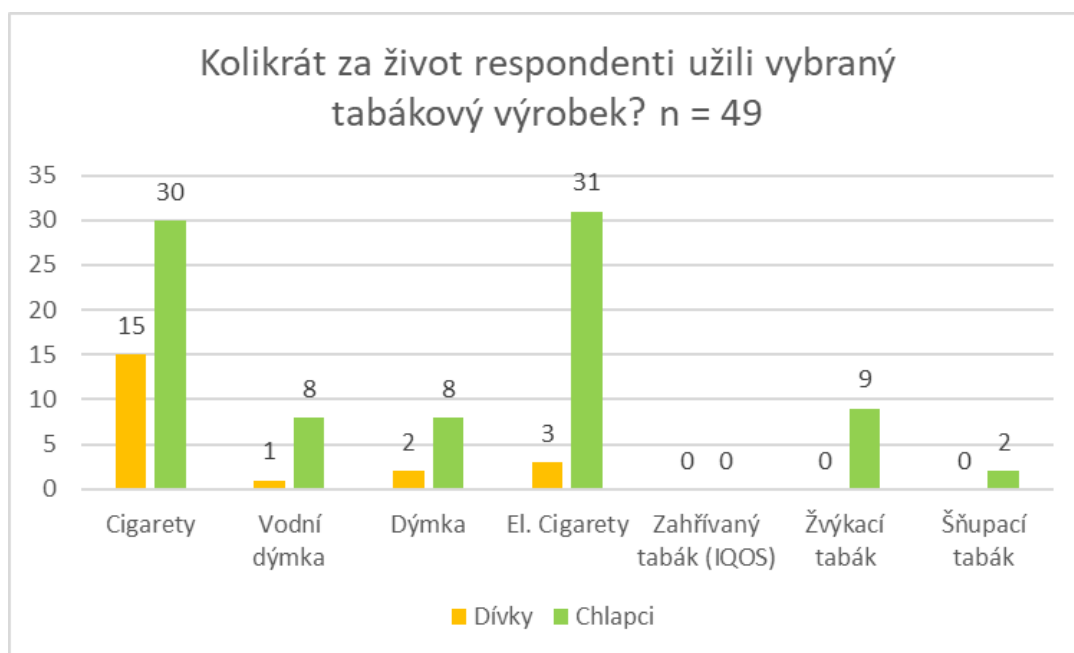
Graf č. 2 - Celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků dle tříd (n = 49)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3 znázorňuje, kolikrát respondenti užili vybraný tabákový výrobek. Nejvíce experimentů zaznamenala klasická cigareta, mezi chlapci se jedná o 30 užití, u dívek se jedná o 15 užití. Nejvíce krát byla mezi chlapci vyzkoušena e – cigareta, a to 31x, naopak dívky e–cigaretu užili pouze 3x. Další tabákové výrobky byly v rámci užití zastoupeny velmi mírně, jedná se o – vodní dýmku, dýmku, žvýkáč tabák a šňupací tabák.

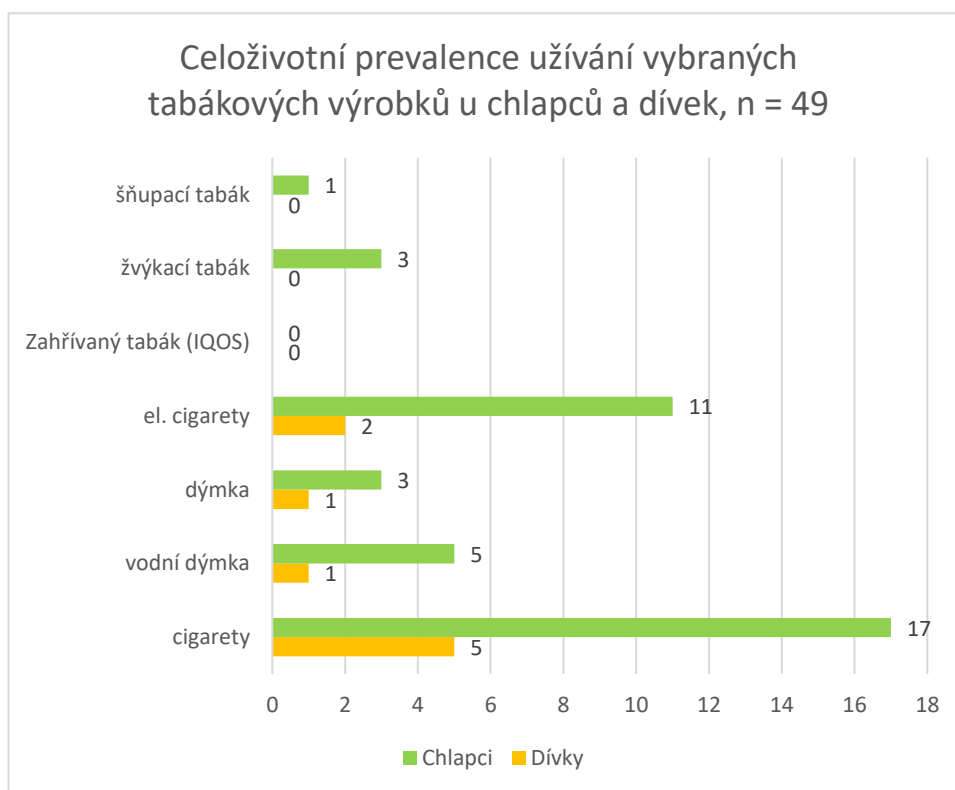
Graf č. 3 - Frekvence užívání tabákových výrobků dle pohlaví (n = 49)



Zdroj: vlastní výzkum

Významně vyšší je celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků u chlapců, což uvádí 40 z nich (85,7 %). Naopak u děvčat se jedná pouze o 14,3 % (9, z n = 49). Nejvíce užívaný tabákový výrobek mezi chlapci jsou cigarety, alespoň jednou v životě je užilo 17 respondentů. Hned za klasickými cigaretami jsou u chlapců e-cigarety, k niž se v rámci výzkumného šetření přihlásilo 11 chlapců. Dívky jsou u toho tabákového výrobku pouze dvě. V řádech jednotek se pak u chlapců objevily tyto tabákové výrobky – vodní dýmka, dýmka, žvýkací tabák a šňupací tabák. Ano jedna zkušenost nebyla zaznamenána u zahřívání tabáku (IQOS, Glo), jak u chlapců, tak u děvčat.

Graf č. 4 - Celoživotní prevalence tabákových výrobků dle pohlaví (n = 49)



Zdroj: vlastní výzkum

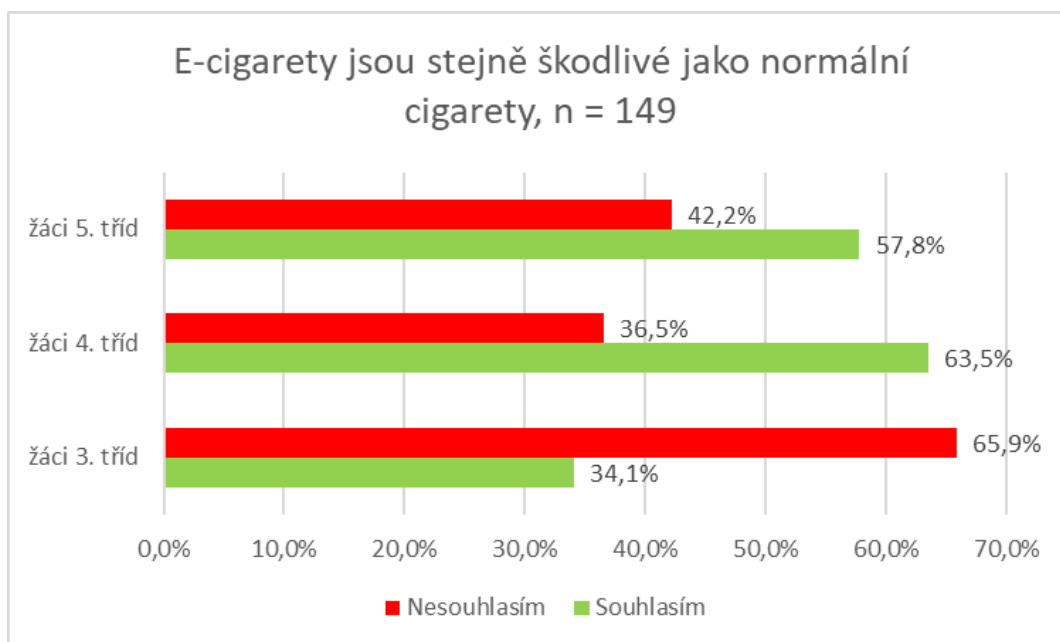
### 5.9.2 Jaké mají dotazovaní postoje k užívání elektronických cigaret?

Z výsledků studie vyplývá, že 65,9 % žáků třetích tříd si myslí, že e-cigarety jsou méně škodlivé než klasické cigarety, naopak 34,1 % žáků třetích tříd se domnívá, že jsou e-cigarety stejně škodlivé jako normální cigarety. Žáci čtvrtých tříd jsou z 63,5 % toho názoru, že e-cigarety jsou stejně škodlivé jako normální cigarety. Respondenti z třetích tříd (65,9 %) si myslí, že e-cigarety jsou méně škodlivé pro organismus a zdraví než normální cigarety. V pátých třídách jsou názory o něco méně rozdílné než v ostatních třídách, 57,8 % žáků pátých



tříd zastává názor, že e-cigarety jsou stejně škodlivé jako normální cigarety, naopak 42,2 % žáků pátých tříd je proti a myslí si, že normální cigarety jsou více škodlivé než e-cigarety.

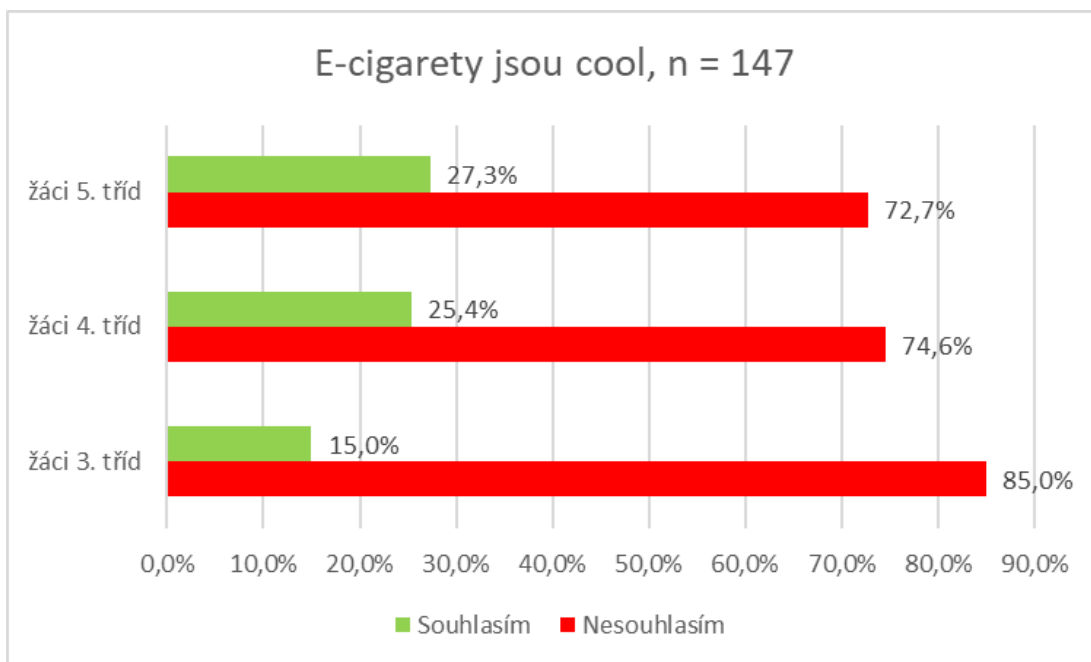
Graf č. 5 – Vnímání škodlivosti e-cigaret (n = 149)



Zdroj: vlastní výzkum

Postoje k míře atraktivnosti e-cigaret mezi žáky jsou spíše negativní, a to u 77,4 %. Největší rozdíl mezi souhlasným a nesouhlasným názorem je mezi žáky třetích tříd, kdy 85 % respondentů uvedlo, že e-cigarety nepovažuje za atraktivní trend, naopak 15 % žáků třetích tříd považuje e-cigarety za moderní a cool záležitost. Méně výrazné, ačkoliv názorově výrazně odlišné postoje panují ve čtvrtých a pátých třídách, kde zpravidla 73 % žáků podporuje názor, že e-cigarety nepředstavují atraktivní tabákový výrobek, oponuje 26 % žáků čtvrtých a pátých tříd, kteří e-cigaretu považují za lákavý a moderní tabákový výrobek.

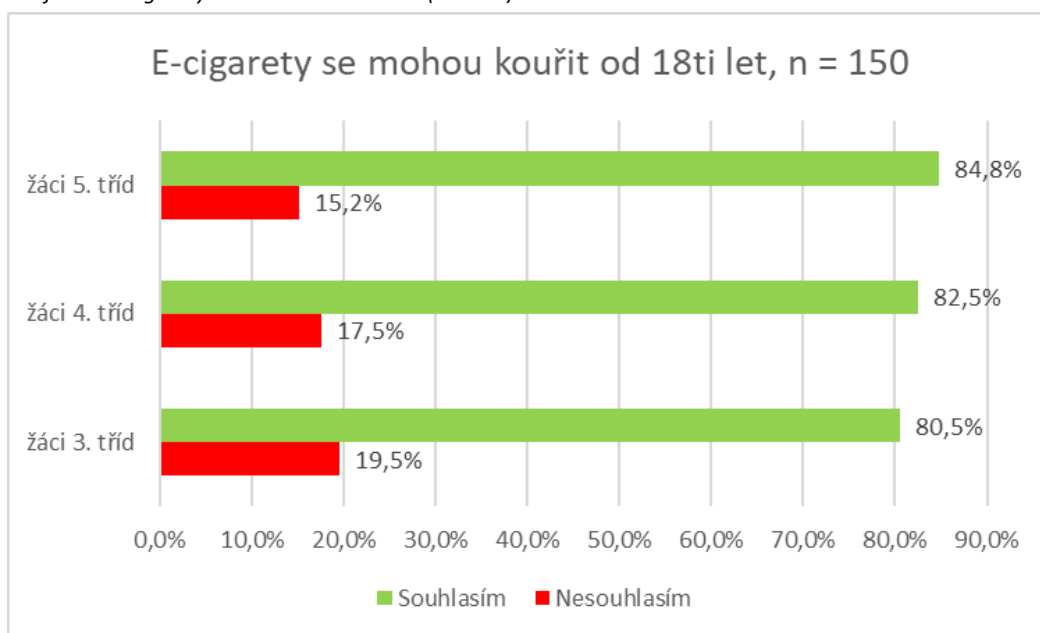
Graf č. 6 - Míra atraktivnosti e-cigaret mezi respondenty (n = 147)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 znázorňuje názory respondentů na legalitu e-cigaret. Převážná většina všech respondentů (82,6 %) napříč jednotlivými třídami je toho názoru, že e-cigarety jsou povolené až od 18ti let, stejně jak normální cigarety, jedná se o 82,6 % ze všech respondentů, kteří na tuto tezi reagovali. Zbýlých 17,4 % si myslí, že e-cigarety mohou užívat i jedinci pod 18 let věku.

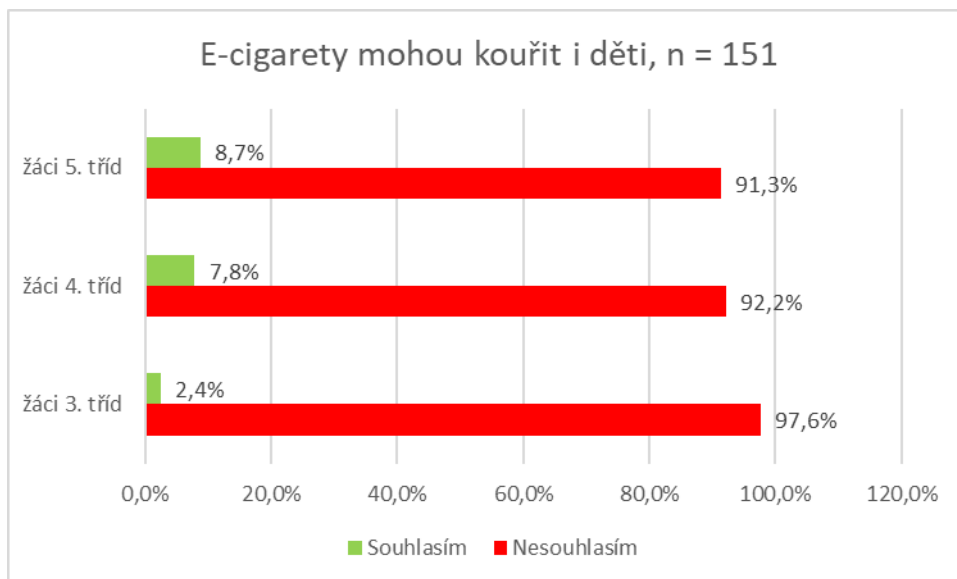
Graf č. 7 - E-cigarety a mladiství do 18ti let (n = 150)



Zdroj: vlastní výzkum

Naprostá většina respondentů zastává názor, že děti nemohou užívat e-cigarety, přesně 93,7 % dotazovaných. Postoje k tomuto výroku jsou téměř totožné napříč dotazovanými třídami. Opačného názoru je pouze 6,3 % ze všech respondentů.

Graf č. 8 - E-cigarety a děti (n = 151)



Zdroj: vlastní výzkum

### 5.9.3 Kolik z dotazovaných má v rodině člena/y, který/ří užívají tabákové výrobky?

Z výsledků vyplývá, že v kuřácké rodině žije 84 % respondentů napříč jednotlivými třídami, které byly zapojeny do výzkumného šetření. V těchto kuřáckých rodinách alespoň jeden člen užívá tabákové výrobky. Pouze 16 % respondentů uvádí, že v jejich rodině není nikdo, kdo by užíval vybraný tabákový výrobek.

Graf č. 9 - Míra kuřáckých rodin mezi respondenty (n = 151)



Zdroj: vlastní výzkum

Dále z odpovědí respondentů vychází, že 75 rodičů (matka i otec) užívá tabákové výrobky. Další hojně zastoupení členové rodiny, kteří užívají tabákové výrobky jsou sourozenci rodičů a teta (63x) a strýc (67x). Třetí v pořadí jsou prarodiče. Užívání tabákových výrobků se týká 54 babiček a 48 dědečků. V otázce na sourozence bylo zjištěno, že 28 sourozenců respondentů užívá tabákové výrobky. V otázce byla i možnost vypsát člena rodiny, který nebyl jmenován, tuto možnost využilo 23 respondentů.

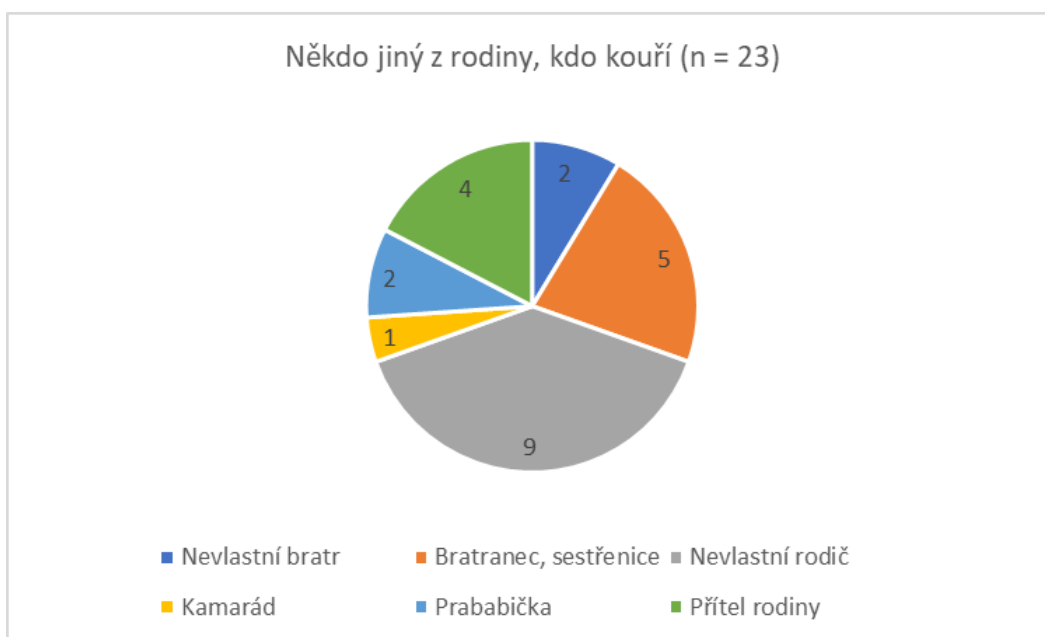
Tabulka č. 3 - Přehled členů rodiny, kteří užívají tabákový výrobek (n = 151)

Třída	Matka	Otec	Sourozenec	Babička	Děda	Teta	Strýc	Nekuřácká rodina	Někdo jiný
3. třída	18	16	4	9	9	10	11	12	4
4. třída	33	34	10	26	23	30	27	8	12
5. třída	24	25	14	19	16	23	29	4	7
<b>Celkově</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>28</b>	<b>54</b>	<b>48</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>24</b>	<b>23</b>

Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf popisuje, jací další členové rodiny kouří. Největší zastoupení mají nevlastní rodiče, tuto možnost uvedlo 9 respondentů. V řádech jednotek jsou pak uváděny členové vzdálenější rodiny a blízcí přátelé jako jsou bratranec a sestřenice, prababička, nevlastní sourozenec, přítel rodiny nebo kamarád.

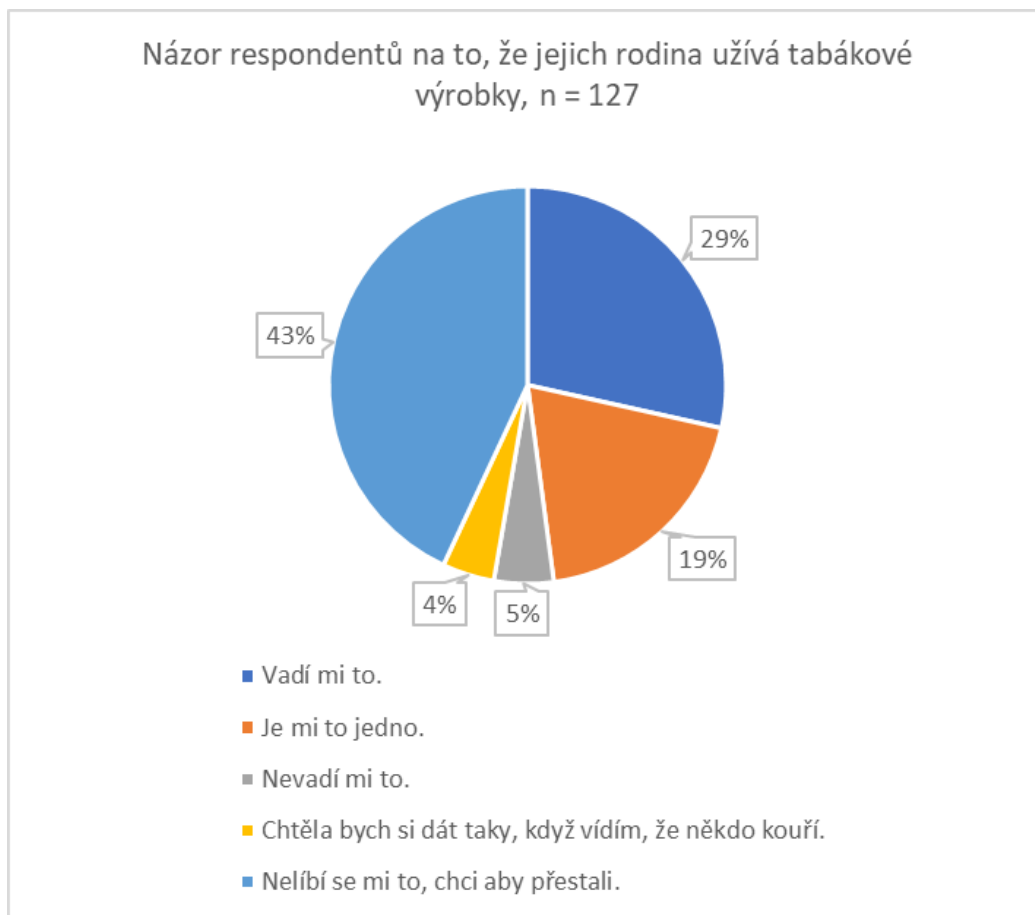
Graf č. 10 - Ostatní členové rodiny, kteří byli uvedeni jako kuřáci (n = 23)



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku mapování názorů respondentů na užívání tabákových výrobků v jejich rodině podalo různorodé zastoupení odpovědí, tyto postoje shrnuje graf č. 12. Dohromady 71 % respondentů odpovědělo, že nejsou spokojeni s tím, že jejich příbuzní užívají tabákové výrobky. Nejvíce se respondenti přiklánějí k tomu, že se jim nelíbí kouření v jejich rodině a přáli by si, aby s užíváním tabákových výrobků přestali. Méně zastoupenou skupinou respondentů, ale nezanedbatelnou jsou jedinci, kterých se kouření jejich příbuzných nijak nedotýká a je jim jedno, zda užívat tabákové výrobky nadále budou nebo ne. Pouze 5 % dotazovaných uvedlo, že jim kouření v rodině nijak nevádí. Zbývající 4 % uvedla, že by si chtěli nějaký tabákový výrobek vyzkoušet, když vidí svoji rodinu tyto tabákové výrobky užívat.

Graf č. 11 - Jaký názor mají žáci z kuřáckých rodin na užívání tabákových výrobků u jejich příbuzných (n = 127)

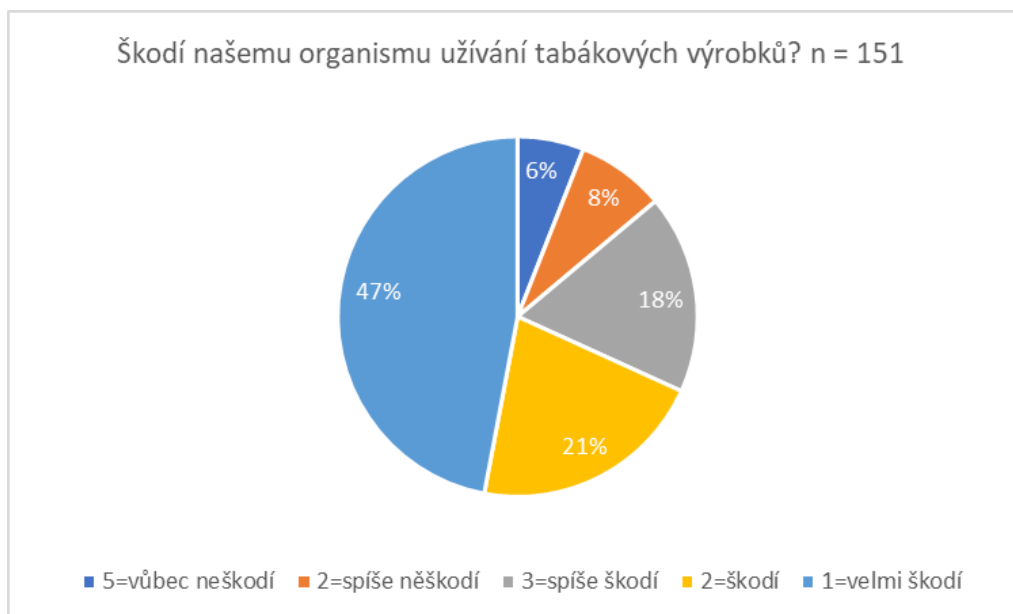


Zdroj: vlastní výzkum

#### 5.9.4 Jaké mají žáci postoje ke škodlivosti užívání tabákových výrobků?

Poslední část dotazníku se soustředila na získání názorů na míru škodlivosti při užívání tabákových výrobků pro organismus kouřícího jedince. Dotazovaní odpovídali na základě postojové škály. O škodlivosti tabákových výrobků na organismus jedince je přesvědčeno 47 % respondentů. Dalších 39 % dotazovaných si myslí, že kouření v určité míře zdraví škodí. Zbýlých 14 % respondentů není o škodlivosti a negativních důsledcích přesvědčeno.

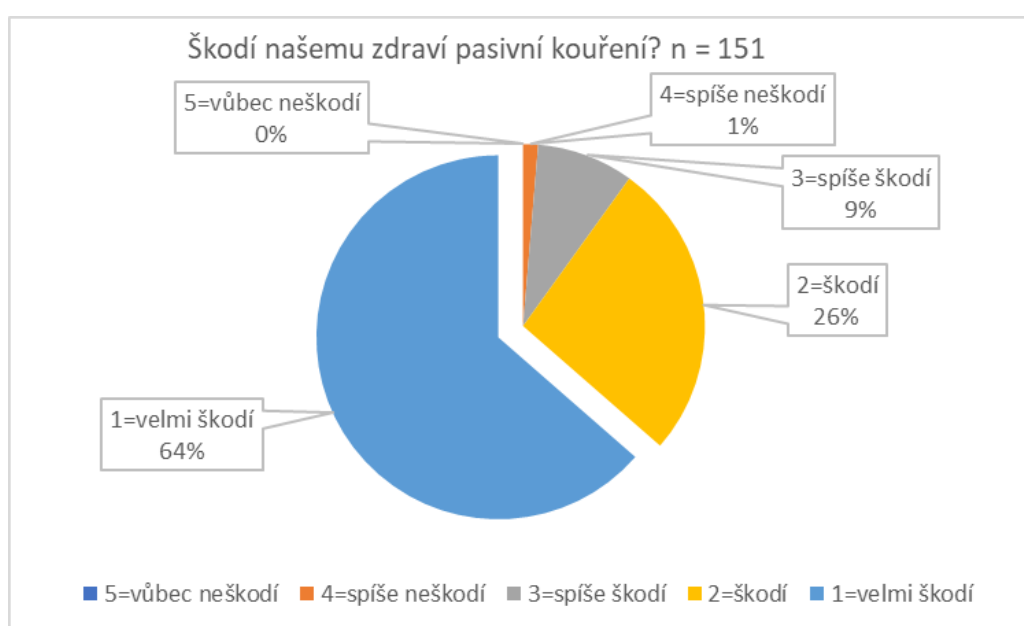
Graf č. 12 - Vnímaná škodlivost užívání tabákových výrobků? (n = 151)



Zdroj: vlastní výzkum

Na závěr byla položena otázka k míře škodlivosti pasivního kouření pro lidský organismus. Respondenti opět odpovídali na základě vytvořené postojové škály. Vysokou míru škodlivosti přisuzuje pasivnímu kouření celkově 64 % respondentů, tedy většina dotazovaných žáků. Necelá třetina, tedy 26 % respondentů připouští možné negativní důsledky pasivního kouření pro organismus člověka. Pouze 10 % dotazovaných si myslí, že negativní dopady pasivního kouření nejsou nijak zřetelné. Možnost, že pasivní kouření nepřináší negativní důsledky pro organismus jedince ne zvolil nikdo z dotazovaných.

Graf č. 13 – Vnímaná škodlivost pasivního kouření (n = 151)



Zdroj: vlastní výzkum

## 6 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala tématem dětí a tabákových výrobků se zaměřením na mapování chování a postojů k užívání tabákových výrobků 3. – 5. tříd základních škol v Aši. Osloveno bylo 212 respondentů skrze informované souhlasy pro zákonné zástupce. Návratnost těchto souhlasů byla 71,2 %, výzkumného šetření se tedy zúčastnilo 151 žáků, z toho bylo 85 chlapců (56,3 %) a 66 dívek (43,7 %). Z jednotlivých ročníků se do výzkumného šetření zapojilo 41 žáků ze třetích (27,1 %), 64 ze čtvrtých (42,4 %) a 46 z pátých tříd (30,5 %). Průměrný věk respondentů je 10,7 let a byl zjištěn ex post.

Z podrobné analýzy výsledků vyplývá celoživotní prevalence tabákových výrobků u 32,5 % respondentů. Mezi tabákové výrobky, které respondenti užili alespoň jednou za život řadíme cigarety (45 %), e-cigarety (27 %), vodní dýmka, dýmka, žvýkací tabák a šňupací tabák (28 %). Celoživotní prevalence je výrazně větší mezi chlapci (85,7 %) oproti děvčatům (14,3 %). Celkem 84 % respondentů pochází z kuřácké rodiny. Alarmujícím zjištěním bylo, že více než polovina žáků má oba rodiče, kteří užívají tabákové výrobky. Přes polovinu respondentů (67 %) je toho názoru, že užívání tabákových výrobků má negativní dopady na organismus jedince. Pasivní kouření považuje za nebezpečné 90 % dotazovaných. Stejnou míru škodlivosti e-cigaretám přisuzuje přes 50 % žáků pátých tříd a přes 60 % žáků čtvrtých tříd, naopak 65,9 % žáků třetích tříd je toho názoru, že e-cigarety jsou méně škodlivé než normální cigarety. Přes 80 % respondentů si myslí, že e-cigarety jsou povolené až od 18ti let. E-cigarety nepovažuje za atraktivní 77,4 % dotazovaných.

V Evropě je již dlouhodobě vysoká prevalence kouření, jak u dospělé populace, tak i u dospívajících a dětí. Dle studie ESPAD (2015) bylo zjištěno, že nejvíce zkušenosti s první cigaretou přichází mezi 13-14 rokem, nicméně pozadu nezůstávají ani respondenti ze skupiny 9 let a níže, kdy v roce 2015 uvedlo první experiment s cigaretou 6,5 % (n = 6151), což je asi 399 respondentů (Chomynová et al, 2016). Ve výzkumu realizovaném v rámci bakalářské práce se jednalo o 32,5 % procenta (n = 151) u jedinců s průměrných věkem 10,7 let. ESPAD (2015) dále prokázal, že celoživotní prevalence se týká více dívek, a to z 66,9 % (Chomynová et al., 2016). Nicméně výzkumné šetření na základních školách v Aši prokázalo, že větší zkušenost s tabákovými výrobky mají chlapci. Významně vyšší je celoživotní prevalence užívání tabákových výrobků u chlapců (85,7 %), naopak u děvčat se jedná pouze o 14,3 % (n = 49). K takto výraznému rozdílu mohlo přispět hned několik vlivů. První je rozhodně fakt, že se výzkumného šetření zúčastnilo více chlapců (85), než děvčat (66). Dalším neméně významným vlivem mohla být neupřímnost ze strany dívek. Při vyplňování dotazníku to byla právě děvčata, která se ptala, zda se jejich výsledky opravdu nedostanou k rodičům nebo k vedení školy. Toto zjištění potvrzuje studie HBSC (2015), která se zaměřuje na životní styl dětí a mladistvých, ze které vyplývá, že v 5. – 7. třídě častěji kouří chlapci (WHO, 2016).



Mezi silné stránky studie lze zařadit osobní administraci dat autorkou bakalářské práce. Tímto způsobem byla eliminována případná nedorozumění při zadávání dotazníku. Když žáci něčemu nerozuměli ptali se hned, takže mohlo být vše vyřešeno, aby mohli dotazník správně vyplnit. Zkušenosti a postoje žáků prvního stupně základních škol k tabákovým výrobkům nejsou v oblasti školské prevence zcela zmapované. Tato studie oslovila i velmi mladé cílové skupiny (žáci třetích tříd ZŠ). Jako cílovou skupinu, na kterou se obdobné výzkumy zaměřují, jsou nejčastěji žáci od 13 let a výše.

Mezi slabé stránky studie se řadí riziko nepravdivých odpovědí ze strany respondentů. Při zadávání dotazníku byly velice často kladené otázky na to, zda se jejich odpovědi skutečně nedostanou k rodičům, vedení školy nebo třídnímu učiteli. Žáci byli i neukázněni v tom, aby vyplňovali a koukali pouze do svého dotazníku. To mohlo také způsobit, že někteří žáci nechtěli zaškrtnout otázku na prevalenci tabákových výrobků. Dalším možné negativum byla přítomnost třídního učitele, to mohlo žáky při vyplňování také znervóznit. Jako poslední slabší stránku studie lze označit neochotu zákonných zástupců podepsat informovaný souhlas se zapojením svého dítěte do výzkumného šetření, což se potvrdilo u více než 25 % oslovených zákonných zástupců žáků. Slabší stránku lze spařovat i v počtu respondentů ( $n = 151$ ), kteří byli pouze z ašských základních škol a v malém počtu, tudíž výsledky nelze brát jako reprezentativní a zobecňovat je na populaci.

Na základě analýzy výsledků se lze v rámci primárně preventivního programu odvíjet směrem k selektivní primární prevenci na první stupni základních škol v Aši se zaměřením na vybrané tabákové výrobky. Jelikož je průměrný věk u výzkumného vzorku 10,8, let, tak lze doporučit realizovat selektivní primární prevenci nejnižších ročníků prvního stupně základní školy. Dle výsledků bylo zjištěno, že téměř 33 % z respondentů má alespoň jednu zkušenost s tabákovým výrobkem, což je u tak mladého vzorku (10,7 let) celkem alarmující zjištění. Další zásadní skutečností jsou data o počtu kuřáckých domácností, kterých je v tomto výzkumném vzorku ( $n = 151$ ) 84 %.

Možná doporučení pro výzkum zaměřující se na podobné nebo stejné téma s identickou cílovou skupinou by se mohla týkat rozšíření vzorku respondentů. Oslovení pro zapojení do výzkumného šetření by se tak mohlo týkat všech tříd od 3. – 5. na základních školách v Aši, případně v dalších obcích, aby byla kompletně zmapovaná situace na Ašsku. V závislosti na analýze výsledků lze říci, že dotazník by bylo možné o několik otázek rozšířit, například, jestli rodiče nebo jiný příbuzní u žáků z kuřácké rodiny kouří přímo v domácnosti nebo venku.

## 7 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat chování a postoje k užívání tabákových výrobků u žáků 3. - 5. tříd základních škol v Aši, který se podařilo naplnit. Bakalářská práce popisuje problematiku dětí, mladistvých a závislosti na tabáku. Dalšími tématy, která byla rozebírána jsou prevence, prevence rizikového chování, prevence užívání tabáku a systém školské primární prevence. V praktické části práce je detailně popsána metodologie výzkumu – design výzkumného šetření, výzkumný vzorek, metody sběru dat, etika výzkumu, komplikace při sběru dat, analýza sebraných dat a následně výsledky.

Z výsledků vyplývá, že 32,5 % (n = 151) má alespoň jednu zkušenost za život s vybraným tabákovým výrobkem. Na prvním místě v užívání se umístily cigarety, následovány e-cigaretami. Dále bylo zjištěno, že 84 % respondentů žije v kuřácké rodině. Jedná se o poměrně alarmující zjištění, které nelze přehlížet. Proto by se mohlo uvažovat v rámci školské primární prevence nad selektivní formou primární prevence se zaměřením na tabákové výrobky a prevenci užívání tabáku, a to jak u samotných žáků, tak ve spolupráci s jejich rodinou, například v rámci projektových dnů zaměřených na tabákové výrobky a jejich negativní důsledky na zdraví. Vzhledem k průměrnému věku respondentů (10,8) by bylo dobré uvažovat o zapojení nejnižších ročníků prvního stupně (prvních a druhých tříd) do primární selektivní prevence.

## 8 Literatura

Adiktologie.cz. (n.d.). Co je prevence. Retrieved 20. 3. 2019 from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3071/Co-je-prevence>

Alexander, Ch., Piazza, M., Mekos, D., Valente, T. (2001). Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*, 29(1). 22-30. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00210-5](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00210-5)

Csémy, L., Kážmer, L. & Dvořáková, Z. (2016). *Užívání návykových látek mezi dětmi školního věku: Výsledky studie HBSC 1994-2014*. Příspěvek přednesený na semináři Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, Praha, 6. dubna 2016.

Černý, M., Lejčková, P. (2007). *Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek*. In Zaostřeno na drogy.

Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta.

Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál

ESPAD Group. (2016). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publication Office of the European Union: Luxembourg. Retrieved 19. 3. 2019 from <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>

Národní ústav pro vzdělávání (n.d.). Co je efektivní ve školské primární prevenci? Retrieved 19. 3. 2019 from <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/co-je-efektivni-ve-skolske-primarni-prevenci>

Chomynová, P., Csémy, L., Mravčík, V. (2016). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Výsledky průzkumu v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kabíček, P., Csémy, L., & Hamanová, J. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton.

Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čabalová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., et al. (2015). *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada.

Králíková, E. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA

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

Millett, C., Lee, J. T., & Jawad, M. (2015). Waterpipe Tobacco Smoking Prevalence and Correlates in 25 Eastern Mediterranean and Eastern European Countries: Cross-Sectional Analysis of the Global Youth Tobacco Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(4), 395-402. doi:10.1093/ntr/ntv101

Miovský, M. (2012). *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.

Miovský, M., Adámková, T., Barták, M., Čablová, L., Čech, T., Doležalová, P., et al. (2015). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. (Druhé, přepracované a doplněné vydání). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Miovský, M., Aujezká, A., Burešová, I., Čabalová, L., Červenková, E., Exnerová, M., et al. (2015). *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi* (Druhé, přepracované a doplněné vydání). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Miovský, M., Gabrhelík, R., Charvát, M., Šťastná, L., Jurystová, L., & Martanová, V. (2015). *Kvalita a efektivita v prevenci rizikového chování dětí a dospívajících*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, M., Bártík, P., et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství* (Druhé, přepracované a doplněné vydání). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

MŠMT. (2019). *Prevence*. Retrieved 20. 3. 2019 from <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/prevence>

MŠMT. Kulhánek, A., Šejvl, J. (2019). *Co dělat když – Intervence pedagoga*.

MŠMT. (2013). *Národní strategie primární prevence u rizikového chování u dětí a mládeže 2013-2018.*. Retrieved 18. 3. 2019 from <http://www.msmt.cz/file/28077>

Nešpor, K. (2005). *Tabák snižuje poznávací funkce mozku*. Retrieved 17. 12. 2019 from <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/zavislosti/tabak.html>

Nešpor, K. (2011) *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál.

Pavlas Martanová, V. (2012). *Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.

Pilařová, L. (2003). *Problematika závislosti na nikotinu*. Brno: Psychiatrická klinika FN.

Smokefree.gov. (n.d.). Secondhand Smoke. Retrieved 16. 4. 2019 from <https://smokefree.gov/quit-smoking/why-you-should-quit/secondhand-smoke>

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Váňová, A., Skývová, M., & Malý, M. (2018). *Užívání tabáku v České republice 2017*. Retrieved 12. 2. 2019 from [http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani\\_tabaku\\_2017.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_2017.pdf)

World Health Organization. (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: (Zpráva Světové zdravotnické organizace o celosvětové epidemii tabáku) The MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008. Retrieved 1. 4. 2019 from <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>

World Health Organization. (1993). *The Health of young people : a challenge and a promise*. Ženeva 1993

World Health Organization (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report From The 2013/2014 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2016). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabeleární část*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

## 9 Přílohy

### **Informace o studii a informovaný souhlas zákonného zástupce o zapojení Vaší dcery/Vašeho syna do dotazníkového šetření pro účely bakalářské práce**

Vážení rodiče,

jmenuji se Kateřina Syrovátková a studuji na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, bakalářský studijní obor Adiktologie. V rámci mého studia připravuji bakalářskou práci na téma: „Mapování chování a postoje k užívání tabákových výrobků u žáků 3. – 5. tříd základních škol v Aši: dotazníkové šetření“. Cílem studie je zkoumat, jaké jsou postoje žáků k tabákovým výrobkům a jaké mají vybraní žáci 3. - 5. tříd zkušenosti s jejich užíváním. Tímto bych Vás chtěla požádat o souhlas se zapojením Vašeho dítěte do výzkumu. Účast žáků v dotazníkovém šetření bude spočívat v tom, že vyplní krátký dotazník, který jim budu zadávat osobně ve vybrané základní škole. Obsahem dotazníku budou otázky zaměřené na zkušenosti s užíváním tabákových výrobků (tj. mapování frekvence užívání cigaret, vodních dýmek, elektronických cigaret apod.) a subjektivní postoje žáků k jejich užívání. Do studie budou zařazeny 3 základní školy v Aši a žáci z vybraných tříd v rozsahu 3. - 5. ročníků. Dotazník budou žáci vyplňovat v papírové formě ve třídě v rámci výuky za účasti pedagoga, a to pouze jednou. Předpokládaná délka vyplnění dotazníku je 20 minut.

Veškerá data v rámci dotazníkového šetření budou uchována, zpracována a publikována anonymně. Každý žák obdrží unikátní kód, na základě kterého nebude možné žáky zpětně identifikovat. Základní školy zapojené do studie budou také vedeny pod anonymními kódy (tzn. nebudou zveřejněny jejich názvy, adresy či jména třídních pedagogů apod.). Sběru dat na vybrané základní škole bude předcházet souhlas ředitele dané školy.

Se žádostí o získání dalších podrobností o studii se můžete obrátit na vedoucího práce Mgr. Adama Kulhánka na e-mail [adam.kulhanek@lf1.cuni.cz](mailto:adam.kulhanek@lf1.cuni.cz). Na vedoucího práce mohou směřovat i veškeré stížnosti.

Svým podpisem stvrzuji, že moje dcera/můj syn se může účastnit tohoto dotazníkového šetření, které bude probíhat v lednu – únoru 2019. Svůj souhlas mohu kdykoli vzít zpět bez udání důvodu, aniž by mi z toho vznikla újma. V případě, že vezmu svůj souhlas zpět, budou data zpětně odstraněna.

V Aši dne.....

Podpis.....

Předem děkuji za spolupráci.

KÓD:

Datum:

---

Ahoj, jmenuji se Káťa a ráda bych Tě poprosila o vyplnění dotazníku k mojí bakalářské práci. Výzkum se týká toho, zda již máš nebo nemáš zkušenosti s tabákovými výrobky, a jaký k nim máš vztah. Dotazníkem Tě budu provázet otázku po otázce. Odpovědi budeš vždy kroužkovat.

- 1) Jsem: <sub>1</sub> a) Holka <sub>2</sub> b) Kluk
- 2) Chodím do: <sub>1</sub> a) 3. třídy <sub>2</sub> b) 4. třídy <sub>3</sub> c) 5. třídy
- 3) Kouřil/a jsi někdy tabákový výrobek? Zakroužkuj možnost, i kdyby si nějaký tabákový výrobek, který je zde uveden, kouřil/a pouze jednou. Můžeš vybrat i více možností. (zakroužkuj)
- <sub>1</sub> a) Cigarety
  - <sub>2</sub> b) Vodní dýmku
  - <sub>3</sub> c) Dýmku
  - <sub>4</sub> d) Elektronické cigarety
  - <sub>5</sub> e) Zahřívaný tabák (IQOS, Glo)
  - <sub>6</sub> f) Žvýkácí tabák
  - <sub>7</sub> g) Šňupací tabák
- 4) Pokud jsi již někdy zkoušel/a nějaký z výše uvedených tabákových výrobků, tak kolikrát? Napiš číslovkou: \_\_\_\_\_
- 5) Co si myslíš o elektronických cigaretách? U každého výroku zaškrtni jednu možnost:
- Elektronické cigarety jsou stejně škodlivé jako normální cigarety.**
- Souhlasím -  Nesouhlasím
- Elektronické cigarety jsou povolené až od 18 let**
- Souhlasím -  Nesouhlasím
- Elektronické cigarety jsou cool.**
- Souhlasím -  Nesouhlasím
- Elektronické cigarety mohou kouřit i děti.**
- Souhlasím -  Nesouhlasím
- 6) Kdo kouří v Tvé rodině? (zakroužkuj)
- <sub>1</sub> a) Maminka
  - <sub>2</sub> b) Tatínek
  - <sub>3</sub> c) Sourozenec (bratr, sestra)
  - <sub>4</sub> d) Babička
  - <sub>5</sub> e) Děda
  - <sub>6</sub> f) Teta
  - <sub>7</sub> g) Strýček
  - <sub>8</sub> h) Nikdo v mé rodině nekouří
  - <sub>9</sub> i) Někdo jiný: \_\_\_\_\_

**7) Pokud někdo ve Tvé rodině kouří nebo kouřil, tak by mě zajímalo, jaký na to máš názor (zakroužkuj):**

- <sup>1</sup> a) Vadí mi, že někdo v mé rodině kouří.
- <sup>2</sup> b) Je mi to jedno.
- <sup>3</sup> c) Nevadí mi, že někdo v mé rodině kouří.
- <sup>4</sup> d) Když vidím, že někdo z mé rodiny kouří, chtěl/a bych to taky vyzkoušet.
- <sup>5</sup> e) Nelíbí se mi, že někdo v mé rodině kouří. Rád/a bych aby dotyčný/á přestal/la kouřit.

**8) Jak moc je podle tebe kouření tabákových výrobků nebezpečné pro zdraví? (jako ve škole – 1 kouření není škodlivé/5 je hodně škodlivé) (zakroužkuj)**

☹ 1-----2-----3-----4-----5 ☺

**9) Jak moc mi škodí, když jsem v zakouřeném prostředí? (jako ve škole – 1 kouření není škodlivé/5 je hodně škodlivé) (zakroužkuj)**

☹ 1-----2-----3-----4-----5 ☺

Děkuji Ti za vyplnění dotazníku, Káťa! ☺



