

Problémy současného světa z pohledu mládeže České republiky

Bc. Martina Burgetová

Diplomová práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina BURGETOVÁ**
Studijní program: **N 7501 Pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Problémy současné společnosti z pohledu mládeže
v ČR**

Zásady pro vypracování:

Stanovení si konkrétního cíle.

Analýza literárních pramenů k danému tématu.

Vytvoření ideového a technického plánu výzkumu na základě východisek představených v teoretické části. Zvolení vhodné metodiky pro zodpovězení výzkumných otázek a provedení výzkumu na relevantním výzkumném souboru.

Analýza získaných empirických údajů a interpretace zjištěných faktů.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BÁRTLOVÁ, S. Sociální patologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998.

MÜHLPACHR, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2001.

NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. Praha: Portál, 2001.

VYKOPALOVÁ, H. Sociálně patologické jevy v současné společnosti. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2000.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Pavel Opatrný

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

12. února 2009

Termín odevzdání diplomové práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 12. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá současnými problémy světa, přičemž větší prostor je tu věnován jednomu z nich a to problematice drog. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje všeobecnému přehledu problémů sužující náš svět. Druhá kapitola už se konkrétně zabývá drogami, jejich členěním a charakteristikám, známkami poukazujícími na užívání drog, prevencí či léčbou. V kapitole třetí je věnován prostor dalšímu typu návykové látky a to alkoholu. Zde je objasněna definice alkoholu, fáze závislosti na alkoholu, rizika spojená s konzumací alkoholu, preventivní opatření a léčba. Tímto postupně práce přechází k dalšímu hojně užívanému typu návykové látky a to tabáku, kde se jako v obou předchozích kapitolách uvádí rizika kouření, typologie kuřáků, známky poukazující na kouření či možné formy léčby a místa, kam se obrátit o pomoc při odvykání kouření. V praktické části jsou zkoumány názory a postoje středoškolské mládeže na drogovou problematiku, přičemž se tu vychází i z jejich vlastních zkušeností s daným typem drogy.

Klíčová slova: světové problémy, drogy, alkohol, tabák, prevence, léčba

ABSTRACT

Thesis deals with current problems of the world, with more space is devoted to one of them and to the issue of drugs. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter deals with a general overview of issues affecting our world. The second chapter it specifically deals with drugs, and their breakdown characteristics, indications referring to the signs of drug use prevention or treatment. In the third chapter is devoted to an area further type of addictive substances and alcohol. Here is a clarification of the definitions of alcohol dependence on alcohol phase, the risks associated with alcohol consumption, preventive measures and treatment. This work gradually moving to the next widely used type of addictive substances in tobacco, where as in the previous chapters indicate the risk of smoking, smokers typology, showing signs of smoking and possible forms of treatment and the place where to go for help with smoking cessation. In the practical part is studied opinions and attitudes of youth in the secondary drug problem, while there is from their own experience with that type of drug.

Keywords: world problems, drugs, alcohol, tobacco, prevention, treatment

Poděkování:

Poděkování patří vedoucímu práce PhDr. Pavlu Opatrnému, a to nejen za věnovaný čas, poskytnuté rady, ale i pomoc při zpracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROBLÉMY SOUČASNÉHO SVĚTA.....	13
2 DROGY	17
2.1 ČLENĚNÍ DROG, JEJICH CHARAKTERISTIKA A MOŽNÁ RIZIKA.....	17
2.1.1 Opioidy a opiáty	17
2.1.1.1 Heroin	17
2.1.1.2 Opium	18
2.1.1.3 „Braun“	18
2.1.1.4 Morfin	18
2.1.1.5 Kodein.....	18
2.1.2 Stimulancia.....	19
2.1.2.1 Kokain.....	19
2.1.2.2 Pervitin.....	19
2.1.2.3 Extáze.....	19
2.1.2.4 Fenylcyklidin, PCP („andělský prach“)	20
2.1.3 Halucinogenní drogy	20
2.1.3.1 LSD.....	20
2.1.3.2 Psilocybin.....	21
2.1.4 Konopné drogy	21
2.1.4.1 Marihuana	21
2.1.4.2 Hašiš.....	22
2.1.5 Analgetika, sedativa a další léky vyvolávající závislost	22
2.1.5.1 Analgetika	22
2.1.5.2 Psychofarmaka	23
2.1.5.3 Sedativa.....	23
2.1.5.4 Anxiolytika	23
2.1.6 Těkavé (inhalační) látky.....	23
2.1.6.1 Toluén (methylbenzen)	24
2.1.6.2 Trichlorethylen.....	24
2.1.6.3 Rajský plyn (oxid dusný)	24
2.2 ZNÁMKY POUKAZUJÍCÍ NA UŽÍVÁNÍ DROG MLADISTVÝMI	24
2.3 MOTIVY UŽÍVÁNÍ DROG MLADISTVÝMI.....	25
2.4 RIZIKOVÉ SKUPINY	26
2.5 PREVENCE UŽÍVÁNÍ DROG Z OBECNÉHO HLEDISKA	26
2.5.1 Primární preventivní opatření.....	27
2.5.1.1 Specifická primární prevence	28
2.5.1.2 Nespecifická primární prevence.....	29
2.5.1.3 Zásady primární prevence	29
2.5.2 Sekundární prevence	31
2.5.3 Terciální prevence	31
2.6 KONKRÉTNÍ FORMY PREVENCE.....	32
2.6.1 Prevence ve škole	32

2.6.2	Prevence v rodině	34
2.7	LÉČEBNÁ OPATŘENÍ.....	35
2.7.1	Formy léčby.....	35
2.7.2	Místa, kde se lze obrátit na odbornou pomoc.....	36
3	ALKOHOL	38
3.1	DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA	38
3.2	FÁZE ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU	39
3.3	KLASIFIKACE TYPŮ ZÁVISLOSTI	40
3.4	RIZIKOVÉ SKUPINY	41
3.5	RIZIKA KONZUMACE ALKOHOLU.....	41
3.5.1	Alkoholové psychózy	41
3.5.1.1	Delirium tremens	41
3.5.1.2	Dipsomanie	42
3.5.1.3	Alkoholická paranoia (alkoholická žárlivost).....	42
3.5.2	Fetálním alkoholový syndrom (FAS).....	42
3.6	ZNÁMKY POUKAZUJÍCÍ NA KONZUMACI ALKOHOLU.....	43
3.6.1	Brzké známky.....	43
3.6.2	Pozdní známky	43
3.7	PREVENTIVNÍ PROGRAMY	43
3.7.1	Prevence ve školách	43
3.7.2	Prevence v rodině.....	44
3.8	LÉČEBNÁ OPATŘENÍ.....	45
3.8.1	Formy léčby.....	45
3.8.2	Místa, kde se lze obrátit na odbornou pomoc.....	46
4	TABÁK.....	47
4.1	TYPOLOGIE KUŘÁKŮ.....	47
4.2	RIZIKOVÉ SKUPINY	47
4.3	RIZIKA KOUŘENÍ.....	48
4.4	ZNÁMKY POUKAZUJÍCÍ NA KOUŘENÍ	49
4.4.1	Brzké známky.....	49
4.4.2	Pozdní známky	49
4.5	PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ	49
4.6	LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU	50
4.6.1	Psychobehaviorální intervence.....	50
4.6.2	Farmakologická léčba.....	50
4.6.2.1	Náhradní terapie nikotinem (NTN).....	51
4.6.2.2	Bupropion (Zyban).....	51
4.7	MÍSTA, KDE SE LZE OBRÁTIT NA ODBORNOU POMOC.....	51

II	PRAKTICKÁ ČÁST	52
5	PROJEKT REALIZOVANÉHO VÝZKUMU	53
5.1	PŘEDSTAVENÍ MĚSTA, V NĚMŽ BYL VÝZKUM PROVÁDĚN.....	53
5.2	POSTUP VÝZKUMU	53
5.2.1	Výzkumné problémy	53
5.2.2	Výzkumné otázky.....	53
5.2.3	Cíl výzkumu	54
5.2.4	Druh výzkumu.....	54
5.2.5	Proměnné.....	54
5.2.6	Výzkumný vzorek	55
5.2.7	Metody výzkumu.....	55
5.2.8	Způsob zpracování dat	55
5.3	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU PROVÁDĚNÉHO SE STUDENTY SŠ V PROSTĚJOVĚ.....	56
5.3.1	Obecné údaje	56
5.3.2	Drogy.....	57
5.3.3	Alkohol.....	63
5.3.4	Kouření.....	68
6	ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	74
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	77
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
	SEZNAM GRAFŮ	84
	SEZNAM TABULEK.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	86

ÚVOD

V současném světě se dnes a denně setkáváme se spoustou problémů, které ovlivňují život nás všech. Jedním takovým velkým problémem může být i postoj české mládeže k drogám a to, ať už k nelegálním či legálním (alkohol, tabák). Přestože ze všech stran slyšíme o rizicích užívání drog, málokdo tato varování vyslyší a těmto zdravím škodlivým látkám podléhá.

O tom svědčí i studie ESPAD z roku 2007, z jejichž závěrů vyplývá, že v České republice kouří denně asi 26 % šestnáctiletých, alkohol v době výzkumu užilo na 76% českých studentů a prvenství má Česká republika v užívání konopných látek (<http://www.drogy-info.cz>).

Přestože se dle výsledků užívání těchto látek mírně snižuje či stagnuje úplně, pořád jsou to velmi vysoká čísla, z čehož lze usuzovat, že je zapotřebí věnovat této problematice neustále velkou pozornost a motivovat děti a mládež k smysluplnějšímu životnímu stylu, životu bez drog a dalších sociálně patologických jevů.

Svou práci jsem rozdělila do dvou částí, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol, kde se zvláště zabývám všeobecným přehledem současných světových problémů, dále otázkou drog, jejich členěním a charakteristikou, riziky užívání drog, preventivními opatřeními a léčbou drogově závislých. Třetí kapitola pojednává o další návykové látce, která je už však společností tolerována a je jí alkohol. Zde uvádím např. fáze závislosti na alkoholu, riziky konzumace, známky poukazující na pití alkoholu, prevenci a léčbu. Stejně tak i ve čtvrté kapitole, která je věnována kouření, se zmiňuji o rizicích kouření, typologii kuřáků a prevenci a následné léčbě kuřáků.

V praktické části budu mapovat situaci užívání těchto návykových látek u prostějovských středoškoláků. Mimo to se zaměřím i na jejich postoj k drogové problematice a z toho posléze vyvodím určité závěry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLÉMY SOUČASNÉHO SVĚTA

Současný svět je protkán mnohými problémy, které trápí obyvatelstvo celého světa. „*Denně nás ohrožují globální důsledky regionálních krizí, chyb a lidských omylů, ekologické katastrofy apod.* (Horká, 2000, s. 38)“. S globalizací se setkáváme se spoustou negativních jevů, které na nás mají dopad a určitým způsobem mohou ovlivnit i naše životy. Jsou to např.:

Válečné konflikty a terorismus

Válkou rozumíme ozbrojený konflikt, rozsáhlý stav organizovaného násilí mezi skupinami lidí. Vzniká z mnohých příčin a to ať politických, ekonomických, ideologických, náboženských či dalších jiných důvodů. Pokud mezi sebou válčí státy, pak je to zpravidla o získání moci, strategických surovin či kolonií. Oproti tomu terorismus můžeme chápat jako násilnou, nepředvídatelnou činnost, která je obvykle zaměřena na civilní obyvatelstvo. Vede k vytvoření atmosféry strachu za účelem dosažení politických cílů. Mezi časté teroristické metody patří např. bombové výhružky a útoky, únosy osob či celých dopravních prostředků, používání chemických či biologických zbraní atp. (<http://cs.wikipedia.org>)

Násilí a agresivita

Dalším velkým problémem, kterým se svět vyznačuje jsou jakékoli projevy násilí a agresivity a to nejen v dospělé populaci, ale už i v té dětské. Otázkou zůstává, co v nich danou agresi vyvolává?! Mohou to být „populární“ násilnické filmy, kterými se až přemíru prezentují naše české veřejnoprávní televize??? Může to být internet, který již dnes nechybí v téměř žádné domácnosti a tudíž není problém dostat se k takovým stránkám, které např. propagují násilí ať už ve formě her nebo jakýchkoli pobídek, pornografií, extremismus apod.? Dle mého názoru právě tyto dva komunikační prostředky zásadně podporují negativní chování naší mládeže.

Podnět k agresivnímu a násilnickému chování však může vycházet i např. z rodinného zázemí, kde nejsou uspokojovány biologické a základní psychické potřeby dítěte a mladistvého. Pokud rodina nedbá na zdravé vzorce chování, dítě zanedbávají nebo tělesně a psychicky týrají apod. Agresivitu mimo jiné vyvolávají i další faktory, které mohou vycházet např. i ze školy, od spolužáků, přátel apod. (Mühlpachr, 2008).

Přelidnění populace

I populační problém bývá považován za jednu nejdůležitější příčinu všech ostatních problémů. Počet obyvatel roste velmi rychle a pokud se tento trend nezastaví, je pak jen otázkou času, kdy zdroje naší planety lidstvu nepostačí. Nováček (1994) také zdůrazňuje fakt, že se nejvíce dětí rodí zejména v chudších oblastech. Je to dle něj způsobeno tím, že lidé se nemohou spoléhat na sociální zajištění ve stáří či při dlouhodobé pracovní neschopnosti. Jedinou jejich šancí jsou tedy děti, které se pak budou moci o rodiče postarat, navíc jsou děti levnou pracovní silou. Právě dětská práce nahrazuje v zemědělství práci finančně nedostupných mechanismů. Mimo tyto faktory tu hraje také velmi důležitou roli náboženské faktory, kdy je více dětí v rodině chápáno jako žádoucí a správné (Nováček, 1994).

Nezaměstnanost

Dalším problémem, kterým dnešní svět prochází je nezaměstnanost a smysluplné využívání volného času. Pokud se nezaměstnanost pohybuje mezi šesti, sedmi procenty, pak může být dle Nováčka považována ještě za zdravou, neboť existuje konkurenční zájem o pracovní příležitosti. V případě, že se nezaměstnanost vyhoupne nad deset procent, pak dochází k neúměrnému zatěžování státu, mimo to může vyvolávat i patologické sociální jevy. Mimo to spousta lidí pořád pracuje ilegálně více jak 10 hodin denně, bez registrace, pojištění za mnohdy malou mzdu či jen prostředky potřebné k přežití (Nováček, 1999).

Chudoba

Chudobu můžeme definovat jako stav, který neumožňuje člověku žít důstojným životem a uspokojit jeho základní životní potřeby. Chudobou nerozumíme jen nedostatek finančních prostředků, které jsou pro život potřebné, ale i chybění materiálního zabezpečení, přístup ke vzdělání, zdravotnickým službám a především také nezávadným potravinám, problémem často bývá nedostatek pitné vody. Právě chudoba může být někdy příčinou k válečným a teroristickým projevům, viz. výše, na druhou stranu je také důsledkem takovýchto radikálních řešení (<http://www.rvp.cz>).

Civilizační choroby a epidemie

Vzhledem k rychlejšímu životnímu tempu, jímž se rozvojem technických a dalších

vymožeností život nás všech ubírá, se setkáváme s častějším výskytem různých civilizačních onemocnění. Je pravda, že vliv na tuto skutečnost má i nesprávné stravování, kterému jednoduše napomáhá i rychlé rozšiřování fastfoodu. Vlivem těchto faktorů tak narůstá i např. onemocnění cukrovkou (diabetes mellitus), nádorová onemocnění, infarkty myokardu či cévní onemocnění. Nárůst se zaznamenal i u onemocnění AIDS či dalších virů, z nichž náš svět potrápily dosud neznámé typy chřipek nebo onemocnění SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), česky se jedná o Syndrom Akutního Respiračního Selhání (<http://cs.wikipedia.org>).

Zdroje

V současné době čerpáme velmi rychle a ve velkém množství energetické i surovinové zdroje. Průmyslová civilizace je postavena především na využívání fosilních paliv, jako jsou uhlí, ropa a plyn. Odhaduje se, že zásoby ropy mohou vydržet asi padesát let, zásoby plynu více než jedno století a zásoby uhlí více jak dvě století. Do budoucna však hrozí, že budeme muset vystačit jen s obnovitelnými zdroji. Řešením, jak se tohoto rizika vyvarovat je šetřit a přejít na obnovitelné zdroje, znamená to přejít z primitivních a plynových technologií na moderní a především úsporné (Nováček, 1999).

Životní prostředí

Jedním z nejzávažnějších světových nebezpečí je tzv. *ozónová díra*, kterou dle zjištění, způsobují freony uvolněné z chladících směsí mrazících zařízení, či plynů ze sprejů. Freony stoupají do stratosféry několik let až desetiletí, tudíž i kdyby dnešní lidstvo přestalo freony používat, situace by se nějak výrazně nezměnila, jen by se dále nezhoršovala. Dalším problémem, který zemi sužuje je např. *skleníkový efekt*, který vzniká působením skleníkových plynů (oxid uhličitý, metan, oxidy dusíku, freony a některé další plyny). Tyto látky, jsou-li uvolňovány do atmosféry, propouštějí viditelnou část slunečního záření, které se po dopadu na zemský povrch mění na dlouhovlnné, tepelné záření. V případě, že dojde ke globálnímu oteplení o 2-4 stupně Celsia, začnou tát ledovce a zvýší se tak hladina oceánu. Lidé žijící v oblastech oceánů či moří tak mohou přijít o své domovy a zvedne se i migrace do vnitrozemí. Mimo tyto dva problémy životního prostředí bych zmínila i např. *tropické deštné lesy*, které patří také k ohroženým. Hovoříme o nich jako o plicích planety, neboť produkují zhruba třetinu kyslíku a pohlcují oxid uhličitý. V současné době tyto lesy velmi rychle mizí, ročně dochází k nenávratné ztrátě okolo 130 tisíc km² (Nováček, 1999).

Světový trh

Světový trh je typický svou uniformitou výrobků a spotřeby, jež se vyznačuje stejnou módou, jídlem firmami, songy apod. Tím se tak ztrácejí národní specifika jednotlivých zemí, které mohly svět spíše obohatit, než se pomalu úplně vytratit (Horká, 2000).

Tím, že se nám světový trh otevřel, proniklo do Evropy i spousta negativ. Jedním z nich může být např. problematika nelegální migrace, na kterou se mohou vázat i různé kriminální činy, jako je např. obchod s lidmi, majetková a hospodářská kriminální činnost nebo distribuce nelegálních drog. A právě téma drog, ať už alkoholových či nealkoholových se stává stěžejní částí mé diplomové práce, se kterou se můžete seznámit již v následující kapitole.

2 DROGY

Pojem drogy v obecném slova smyslu vysvětluje Riesel (1999) jako přírodní či uměle vyrobené látky, které mohou měnit jednu či více funkcí orgánu či systému organismu. Jsou to látky, které člověk užívá nejčastěji ke změnám duševního stavu, tzn. nálad, prožívání stavu bdělosti či útlumu a chování.

Drogou můžeme chápat látky, které mají psychotropní účinek, tzn., že nějakým způsobem ovlivňují naše prožívání okolní reality, mění vnitřní naladění, zjednodušeně řečeno působí na psychiku. Mimo to může vyvolat závislost, kterou autor J. Presl (1995) označuje jako „potenciál závislosti“.

2.1 Členění drog, jejich charakteristika a možná rizika

Drogy můžeme rozdělit do několika skupin v závislosti na jejich míře rizik. Drogy tak rozdělujeme na tzv. měkké či tvrdé, případně lehké a těžké. Příkladem lehkých drog jsou třeba tabákové výrobky, káva, marihuana či hašiš a alkohol. Příkladem těžkých, tvrdých drog je pervitin, heroin, kokain a další (Presl, 1995).

Mimo toto rozdělení, můžeme drogy dělit na další skupiny v závislosti na jejich charakteristice či účincích. Kromě alkoholu a tabáku, kterými se budu zabývat podrobněji v dalších částech diplomové práce, rozlišujeme tyto:

2.1.1 Opioidy a opiáty

Opiáty patří k látkám původně získávaných z opia. V medicíně se používají k tlumení silných bolestí a tišení kašle. K těm nejznámějším a také nejčastěji zneužívaným látkám patří v této skupině opium, morfin, Kodein, heroin, braun a další. Na tyto látky vzniká poměrně rychle fyzická závislost. Charakteristickými znaky při odvykání jsou např. bolesti svalů a kloubů, pocení, slzení, průjem apod. Způsob užívání je různý a závisí na typu látky (Borník, 2001).

2.1.1.1 Heroin

Je celosvětově nejrozšířenější drogou v této skupině. Co se týče aplikace této drogy, nejčastější je nitrožilní aplikace, případně „šňupání“, inhalace z aluminiové folie či kouření. Závislost na heroinu vzniká pravidelně a velmi rychle, těžce poškozuje osobnost

člověka, mnohdy vede i k sociální degradaci, kriminálním přečinům onemocněním např. HIV nebo viry hepatitid (Minařík, In Kalina a kol., 2003).

2.1.1.2 *Opium*

Opium je na vzduchu zaschlá mléčná šťáva, která se získává nařezáváním nezralých makovic. Šťáva na vzduchu tuhne a mění svou barvu do hněda. V takovémto stavu se sbírá k přímé konzumaci či se zpracovává k dalšímu používání. Opium se nejčastěji kouří ve zvláštních dýmkách, lze ho však zneužívat i jeho polykáním. Co se týče účinků, odstavují se pozvolna, dochází k euforii, pocitu sladké únavy, mohou se objevit i halucinace. V tomto stavu může jedinec spočinout několik hodin, intoxikace končí většinou spánkem. Dlouhodobé zneužívání opia může vést až k tělesnému a duševnímu úpadku a mnohdy končí předčasnou smrtí (Borník, 2001).

2.1.1.3 „*Braun*“

Jde o specificky českou drogu, která se vyrábí v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein. Vzniká tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Stejně jako metadon má nižší potenciál závislosti ve srovnání s heroinem (Minařík, In Kalina a kol., 2003).

2.1.1.4 *Morfin*

Morfin je využíván v lékařství jako velmi účinné analgetikum proti nesmírně velkým bolestem. Forma aplikace bývá nejčastěji injekčně. Účinky po aplikaci nastupují velmi rychle. Projevuje se lehkou euforií, později způsobuje celkový útlum, spavost a ztrátu vědomí. Morfin působí tlumivě i na dýchací centrum. Při vysokých dávkách může způsobit jeho ochrnutí a vést tak ke smrti. Závislost a tolerance se na morfinu vytváří velmi rychle. Dlouhodobé užívání způsobuje těžké škody na zdraví. Uživatel morfia bývá unavený, podrážděný, náladový, trpí nechutenstvím, hubne, jeho kůže žloutne a začíná být suchá. Vedlejšími účinky mohou být záněty dýchacích cest, nevolnosti, neplodnost u žen, poruchy potence u mužů a další (Borník, 2001).

2.1.1.5 *Kodein*

Kodein se nejčastěji používá k tišení kašle a má analgetické (působící proti bolesti) účinky. Při nitrožilní aplikaci vyvolává závislost stejnou jako u morfinu. Při odejmutí této látky se

objevují abstinenci příznaky, které jsou však méně výrazné než jako u morfinu (Borník, 2001).

2.1.2 Stimulancia

Stimulancia neboli stimulační látky jsou látky s budivým účinkem. Nejčastěji se užívají k odstranění únavy a k všeobecnému povzbuzení. Při vyšších dávkách však mohou způsobit silné vzrušení, třes, nespavost a křeče. Některé z těchto látek mohou vést k výrazné závislosti a mohou způsobit poruchy některých orgánů. K nejčastěji zneužívaným látkám patří kokain, pervitin, extáze, PCP a další (Borník, 2001).

2.1.2.1 Kokain

Je nejrozšířenější drogou především v amerických státech USA a Kanady, ve střední Evropě včetně České Republiky je výskyt této drogy spíše okrajový. Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, zejména v těch částech zemí, kde se koka pěstuje. Jinak se nejčastěji užívá formou „šňupání“ nebo injekční aplikací, která je ale méně častá. Kokain nevyvolává somatickou závislost, mnohem silnější je ale závislost psychická. Užívání kokainu je velkou zátěží na kardiovaskulární systém, stoupá i riziko srdečních a mozkových příhod. Co se týče „šňupání“, to poškozuje nosní sliznice, vede k postižení či ztrátě čichu. Mimo tyto problémy jsou pro užívání kokainu typické i psychotické epizody paranoidního charakteru (toxické psychózy), kdy má jedinec pocity pronásledování nebo napadení hmyzem apod. (Minařík, In Kalina, 2003).

2.1.2.2 Pervitin

Bílý prášek hořké chuti je v české zemi nejrozšířenější nelegální drogou. Aplikuje se ústy, „šňupáním“ či nitrožilně. Pervitin může zřetelně ovlivnit motoriku, ale i psychické funkce. Užití vede k euforii, snižuje únavu, může způsobovat nechutenství, deprese, hluboké pocity vyčerpání a celkovou skleslost, poruchy paměti, toxické psychózy a další (Miovský, In Kalina, 2003).

2.1.2.3 Extáze

Svým účinkem spadá na pomezí stimulancií a halucinogenů. Vyvolává příjemné a snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu, pocity štěstí a blaha, přičemž

toto vše může být někdy doprovázeno i halucinacemi. Může mít formu tablet či kapslí. Tablety bývají různorodé, z jedné strany bývá často nějaký obrázek, např. vytlačené e, holubice, delfín a jiné. Co se týče příznaků intoxikace, patří sem např. neklid a mírná zmatenost, nevolnosti, časté je také zvýšené napětí kosterního svalstva, snížená chuť k jídlu, spánku atd. Při užití MDMA však dochází i k ovlivnění kardiovaskulárního systému se vzestupem krevního tlaku a urychlením srdeční akce. Tom pak může vést k bolestem hlavy, bušení srdce a k vyššímu riziku mozkového krvácení či poškození jater až k jejich selhání a úmrtí (Miovský, In Kalina, 2003).

2.1.2.4 Fencyklidin, PCP („andělský prach“)

Psychoaktivní látka s účinky na centrální nervovou soustavu, s budivými a bolest tlumícími a halucinogenními účinky. Na začátku jedinec pociťuje euforii, teplo, brnění a vznášení se. Mohou se vyskytovat vizuální a sluchové halucinace, zkreslené vnímání času a prostoru či rozpad myšlení. Neobvyklé nejsou ani sebedestrukční a násilné jednání, poruchy vnímání, delirium, poruchy nálad atp. (Miovský, In Kalina, 2003).

2.1.3 Halucinogenní drogy

Halucinogeny patří do skupiny přírodních a syntetických drog, pro které je charakteristická kvalitativní změna vědomí. Po požití takovýchto látek často dochází k výrazným změnám psychiky, objevují se jak zrakové, tak i sluchové halucinace. Typické jsou i projevy depersonalizace (pocit odcizení a nepřírozenosti ve vztahu k okolí nebo k sobě samému) a derealizace (chorobný odvrát od skutečnosti). Kromě toho, že se mohou dostavit příjemné prožitky, hrozí i tak hrůzné vjemy, že se před nimi jedinec snaží uniknout bez ohledu na možné zranění či smrt. Do skupiny halucinogenů můžeme zařadit např. LSD (lysergamit), psilocybin a další (Borník, 2001).

2.1.3.1 LSD

Může mít formu tzv. tripů nebo krystalů. Co se týče prvního případu, jedná se o malé papírové čtverečky, které jsou potištěny různými symboly. V druhém případě to jsou malé granulky tmavomodré nebo zelené barvy, které připomínají umělé hnojivo. Užívá se perorálně, kdy se postupně rozpouští v ústech pod jazykem. Užívání této látky je spojováno s různými subkulturami, které se vyznačují např. specifickou hudbou, oblékáním

nebo jinými módními trendy. Užívání LSD s sebou nese i určitá rizika, např. paranoidní stavy, kdy má dotyčný pocit neustálého sledování, depresivní stavy či stavy úzkosti a napětí. Jedinec mnohdy ztrácí i kontrolu nad svým tělem, kdy ztrácí citlivost v části těla nebo celém těle (depersonalizace) nebo se může dostat do stavu úplného odcizení vlastního těla a prožívání a vést tak postupně až k situaci, kdy se jedinec vnímá jako „divák“ s dojmy naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něho (Miovský, In Kalina, 2003).

2.1.3.2 Psilocybin

Jedná se o velmi aktivní látku, která bývá obsažena v houbách rodu *Lysohlávek*. Na černém trhu se setkáváme zejména se sušenými částmi hub, většinou klobouky. Užívá se perorálně. Pro zmírnění nepříjemné chuti bývají klobouky namáčeny např. v medu (Miovský, In Kalina, 2003).

Lehká otrava se může projevit výraznou euforií, smíchem a hovorností. Silnější otrava se pak projevuje např. zrakovými iluzemi, deformací předmětů nebo zvuků. Účinky jsou podobné jako u LSD (Borník, 2001).

2.1.4 Konopné drogy

Konopí patří k nejstarším rostlinám, které kdy byly pěstovány pro jejich psychotropní účinky. Pěstuje se pro průmyslové účely, avšak na černém trhu je konopí zneužíváno ve formě marihuany a hašiše. Hlavní účinnou látkou je THC - tetrahydrocannabinol (Presl, 1995).

Typickými účinky užívání konopných látek je např. sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Charakteristická je také deformace ve vnímání času, i třeba velmi krátký okamžik se může zdát tak dlouhý, jako by uběhly celé hodiny. Intoxikace konopím bývá provázena lehkou euforií a příjemnými náladami, které mohou přejít až do bouřlivého a nezadržitelného smíchu. Ojedinelé nejsou ani nevolnosti či zvracení. Při nadměrném a dlouhodobém užívání se mohou dostavit poruchy některých kognitivních funkcí, zejména jde o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti nebo schopnosti se soustředit apod. (<http://www.drogy-info.cz>).

2.1.4.1 Marihuana

Jedná se o rostlinu konopí, ze které se pro své účinky suší květenství a horní lístky. Jako

forma užívání je typické kouření. Může se užívat však i perorálně např. jako součást pokrmů či nápojů. Charakteristickými účinky je např. sucho v ústech, pocit chladu a hladu a to i v případech, kdy byl dotyčný před užitím marihuany najezený. Při častém a dlouhodobém užívání se mohou projevit poruchy některých kognitivních funkcí. Jedná se především o zhoršení krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Může se stát, že bude jedinec trpět depresivními a úzkostnými stavy, panickými stavy, stavy zmatenosti apod. (Miovský, In Kalina, 2003).

Nešpor (1993) pak varuje i před rizikem zhoubných nádorů v oblasti ústní dutiny, hltanu a jícnu. Tvrdí, že marihuanové cigarety obsahují více rakovinotvorných látek než tabák. Pozor i na riziko dopravních nehod s tím, že schopnost řídit motorové vozidlo je zhoršena i 24 hodin po vykouření i jedné jediné marihuanové cigarety. Problém může nastat i u těhotných žen, kde může dojít k poškození plodu, hrozí pak např. nízká porodní váha dítěte či leukémie.

2.1.4.2 Hašiš

Jedná se o konopnou pryskyřici, která obsahuje malý obsah květenství a drobné nečistoty. Hašiš má tmavě zelenou barvu, která spíše přechází až do tmavě hnědé. Stejně jako marihuana obsahuje látku THC, jejíž obsah je tu asi až desetinásobně vyšší. Obvykle bývá kouřen společně s tabákem, ale je možné jej polykat s jídlem nebo nápoji. Co se týče účinků a rizik, jsou stejné jako u marihuany viz. výše (Borník, 2001).

2.1.5 Analgetika, sedativa a další léky vyvolávající závislost

2.1.5.1 Analgetika

Rozdělují se na dvě skupiny a to na opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika. Opioidní analgetika působí v centrální nervové soustavě a používají se k tišení středně silné a silné bolesti např. po operacích, po úrazech či u onkologicky nemocných. Nesteroidní antiflogistika působí naopak v místech bolestí, kde se vytváří zánětlivá reakce. Užívají se k tišení bolesti mírné až středně silné intenzity, tedy u bolesti kloubů, svalů či při léčbě revmatických onemocnění (Bayer, In Kalina, 2003).

2.1.5.2 Psychofarmaka

Jedná se o kategorii léků, které jsou účinné např. u pacientů trpících nádorovými onemocněními a umožní tak snížení dávky opioidních analgetik (Bayer, In Kalina, 2003).

2.1.5.3 Sedativa

Jedná se o látky se všeobecně zklidňujícím účinkem. Do této skupiny patří barbituráty, bromidy a některé rostlinné drogy. Barbituráty se používají např. v neurologii jako antiepileptika, tedy jako léky, které zamezují vznikům epileptického záchvatu. Za sedativa můžeme pokládat i hypnotika - „léky na spaní“, neboť vyvolávají ospalost a navozují spánek. Nežádoucími vlivy při užívání těchto látek může být např. zhoršená pozornost, labilní nálady, hrubost či agresivita, apatie či útlum nebo kolísavá chůze, snížené vědomí, obtíže při stožení apod. Mimo tyto potíže může na všech těchto látkách vzniknout závislost (Bayer, In Kalina, 2003).

2.1.5.4 Anxiolytika

Jedná se o léky, které se využívají k tlumení patologického strachu a úzkosti. Návyk a závislost na tyto látky vzniká velmi rychle. Jejich hlavním účinkem je útlum centrální nervové soustavy, postupující ospalost, nezáměr o okolí a tím únik z reality, z úzkosti a strachu. V případě odejmutí drogy může docházet u člověka k neklidu, nespavosti, agresivním projevům, mrzutosti apod. (Hampl, In Kalina, 2003).

2.1.6 Těkavé (inhalační) látky

Nejčastějšími přípravky, které se v této skupině zneužívají jsou např. benzín, syntetická lepidla, aceton, toluen a další. Již první pokus o tento způsob „fetování“ může končit smrtí, pokud jedinec neodhadne dávku vdechů. Na zneužívání rozpouštědel se dá usoudit např. z toho, že je jedinec pobledlý, je mu špatně či je jakoby nepřítomný duchem. Mimo to má rozšířené zornice, zarudlé oči, z dechu a oděvu jsou cítit chemikálie. Při dlouhodobém užívání těkavých látek se může objevit porucha krvetvorby, paměti, je tu riziko poškození mozku, je ohroženo srdce a dýchání jedince. Často se dlouhodobé užívání projevuje i vyrážkou kolem úst a nosu, jsou zvýšené jaterní testy, navíc se snižuje i schopnost jasně myslet, pamatovat si a schopnost vyrovnat se s problémy (Borník, 2001).

2.1.6.1 *Toluen (methylbenzen)*

Je nejrozšířenějším zástupcem této skupiny u nás. Jedná se o bezbarvou kapalinu, která se získává z ropy, lehkého oleje či koksových plynů. Používá se jako ředidlo a rozpouštědlo. Při inhalaci této látky dochází rychle k euforii, halucinacím, k útlumu či spánku. Velkým rizikem je úpad do bezvědomí až komatu, přičemž může dojít i k srdeční zástavě a následně smrti (Hampl, In Kalina, 2003).

Nešpor (1993) uvádí další rizika, jako jsou např. poruchy paměti a nepříznivé působení rozpouštědel na mozek, onemocnění jater a krvetvorby či riziko přechodu k jiným návykovým látkám.

2.1.6.2 *Trichlorethylen*

Jedovatá kapalina, která slouží jako rozpouštědlo používané na průmyslových pracovištích. Při jeho inhalaci se mohou objevovat sluchové či zrakové halucinace (Hampl, In Kalina, 2003).

2.1.6.3 *Rajský plyn (oxid dusný)*

Pokud je smíšen s kyslíkem, vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Využívá se ke krátkodobým narkózám. Jeho zneužívání se může projevat inhalací z tlakových lahví pro výrobu šlehačky či z nafukovacích balónků. Dalšími látkami spadajícími do této skupiny mohou být např. i benzin, éter či aceton (Hampl, In Kalina, 2003).

2.2 **Známky poukazující na užívání drog mladistvými**

Nešpor (1998) odkazuje na několik závažných známek užívání drog, dle kterých můžeme na mladých lidech, ale nejen nich samotných, poznat, že mohou být na něčem závislí. Jsou to následující:

- Nejlepší variantou může být samotné přiznání se mladistvého k užívání nějaké drogy.
- Na užívání drog mohou poukázat i známky intoxikace, kdy mladistvý působí dojmem, že je opilý, i když z něj není cítit alkohol, hovoří nezřetelně, je zmatený, utlumený, má zhoršené tělesné pohyby. Rodiče či další blízcí lidé si mohou na

mladistvém všimnout také zarudlých očních spojivek, duchem nepřítomného pohledu, zúžených nebo naopak rozšířených zornic apod. Typický je i třes, postižený mívá navíc na těle jizvy po vpiších.

- Nález drog nebo pomůcek k jejich zneužívání jako jsou např. injekční jehly a stříkačky, speciální dýmky, papírky k ručnímu balení cigaret, obaly od léků apod.
- Časté krádeže buď ve třídě nebo v domácnosti.
- Halucinace a pocity pronásledování.
- Útěky z domova.

Dalšími známkami, které mohou pomoci rozpoznat uživatele drog a kterých by si měli rodiče na svých dětech zvláště všimát jsou dle Nešpora (1993) např.:

- Změna či ztráta přátel a kamarádů, náhlé vzdalování se normálním vrstevníkům.
- Jedinec působí dojmem nezdravosti a neduživosti, zanedbává péči o svůj zevnějšek.
- Poruchy spánku nebo naopak nadměrná spavost.
- Náhlé zhoršení chování, konfliktnost, agresivita, větší náladovost, nervozita, podrážděnost, úzkostné stavy, deprese s čímž následně souvisí i zhoršení prospěchu ve škole, které se mohou projevat např. neomluvenými hodinami či pozdními příchody do školy.
- Uzavírání se, tajnůstkářství, tajemné telefonáty, lhaní.
- Horší soustředění a paměť, častější jsou také zdravotní problémy.
- Ztráta chuti k jídlu nebo přejídání se, změna jídelních návyků či nevysvětlitelný úbytek na váze, nevolnosti a zvracení.
- Mladistvý člověk ztrácí zájem o rodinu a o aktivity, které ho dříve zajímaly.

2.3 Motivy užívání drog mladistvými

Co se týče důvodů, proč je mladý jedinec schopný sáhnout po droze je několik. Mnohdy tímto způsobem chce vyřešit své problémy v rodině, ve společnosti, touží poznat něco úplně nového či podlehne přátelům, kteří drogu berou jako vstupní podmínku do jejich kruhu. Tyto problémy tak mnohdy předčít fakt, že tímto se jejich problém ještě více zvětšuje.

Pavel Mühlpachr (2001) se zmiňuje o několika motivacích, které vedou k závislostnímu chování a užívání drog. Jsou jimi např.:

- Motivace interpersonální – která se zakládá na přání získat uznání svých

vrstevníků, komunikovat s nimi.

- Motivace sociální – kde si chce mladistvý prosadit sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, chce uniknout z obtížných a nesnesitelných podmínek prostředí.
- Motivace fyzická – droga v tomto případě nabývá pro mladé lidi významu především v dosažení fyzického uspokojení a uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání získat více energie či si udržet fyzickou kondici.
- Motivace emocionální – mladý člověk pociťuje uvolnění od psychické bolesti, pokouší se tímto způsobem řešit osobní komplikace, snížit úzkost či se uvolnit od špatné nálady apod.
- Motivace intelektuální – jde tu především o únik z nudy, zkoumání svého vlastního vědomí a podvědomí.
- Motivace specifická – mládež má potřebu prožít dobrodružství, jinak nevyjádřitelné prožitky či získat ocenění u určitých osob.

2.4 Rizikové skupiny

Nejrizikovější skupinou v oblasti užívání drog je populace dětí a mládeže, při jejichž formování životního stylu hraje důležitou roli rodina. Je třeba se zaměřovat na demografické aspekty, sociální postavení rodiny, povahové vlastnosti rodičů, funkci rodiny jako celku, druhu a úrovně výchovných přístupů rodičů a navíc také vztahu a přístupu ke svému dítěti. *„Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jedna z nejdůležitějších příčin vzniku užívání drog.“* Na experimentování s návykovými látkami mají bezesporu vliv i kamarádi a vrstevníci, se kterými se biologicky, psychologicky a sociálně oslabený jedinec stýká (Mühlpachr, 2008).

2.5 Prevence užívání drog z obecného hlediska

V širším slova smyslu je prevence definovaná jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření škodlivých účinků zneužívání alkoholu a nealkoholových drog. Prevence tvoří jeden ze tří pilířů protidrogové politiky státu. WHO rozlišuje tři stupně prevence a to:

- Primární – cílem je předejít užití drog u osob, které s ní dosud nejsou v kontaktu, je synonymem pro prevenci ve školských zařízeních, realizována je ale i u dospělých (Majer a kol., 2004).
- Sekundární – cílem je předejít vzniku a rozvoji závislosti u osob, které už drogu užívají, je synonymem pro poradenství a léčbu (Majer a kol., 2004).
- Terciální – cílem je předejít vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození, jehož příčinou je užívání drog, synonymem terciální prevenci může být následná péče a nízkoprahová zařízení, např. K-centra (Majer a kol., 2004).

2.5.1 Primární preventivní opatření

Primární prevence v České republice spadá do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Systém školní prevence je zajišťován školními, okresními a krajskými metodiky prevence, kteří jsou metodicky řízeni MŠMT (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.).

Preventivní opatření by mělo dosáhnout toho, aby si děti, mladí lidé i ostatní společnost uvědomila, že užívání drog s sebou nese spoustu velkých zdravotních a sociálních rizik. Užívání drog by nemělo být navíc společensky akceptovanou formou chování mladých lidí, naopak preventivní programy by měli přimět tyto jedince k tomu, aby i oni drogu chápali jako „nenormální“ společenský jev (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.).

Cílem preventivních opatření je zabránit užívání drog nebo alespoň posunout první zkušenosti s užíváním návykových látek až do co nejpozdějších věku, neboť u dětí a velmi mladých „teenagerů“ mají drogy na rozvoj osobnosti a sociální integraci dosti destruktivní vliv (Bém, Kalina, 2003).

Nešpor (1996) vidí cíle prevence v přecházení škodám (např. závislosti na drogách) způsobených návykovými látkami. Dle něj není cílem předávat velká množství informací, ale důležité je, aby došlo k ovlivnění chování jedinců ve smyslu podpory zdraví.

2.5.1.1 *Specifická primární prevence*

Specifická primární prevence je realizována na třech úrovních, které se ohlíží na jednotlivá rizika cílových skupin. Jednotlivé úrovně kladou rozdílné nároky na personální obsazení programů. Hovoříme tak o univerzální, selektivní a indikované prevenci (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 5, č. 2. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISSN 1214-1089.)

2.5.1.1.1 Univerzální (všeobecná) prevence

Tento typ prevence se zaměřuje na širokou populaci, jejímž cílem je zamezit nebo oddálit užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog. Jejím úkolem je poskytnout všem dostatečné množství informací a dovedností k tomu, aby drogy nezačali užívat. Tyto programy bývají realizovány ve větších skupinách, nejčastějším typem programu všeobecné prevence jsou programy pořádané ve školách. Často se tento program zaměřuje na osobní dovednosti jedince (jejich schopnost rozhodování, zvládnání obtížných situací, stanovování si jasných cílů), sociální dovednosti (asertivitu, schopnost odolat tlaku vrstevníků), znalosti (o drogách a o rizicích souvisejících s jejich užíváním) a postoje. Co se týče efektivity programu, zvyšuje ji i vhodný způsob realizace, tzn. prostřednictvím interaktivního vyučování, zvláště v malých skupinách žáků či studentů, diskuzí s vrstevníky a intenzivním zapojením rodin do programu (Burkhart, 2002 In *Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.).

Často je tento program realizovaný nestátními neziskovými organizacemi a pedagogicko-psychologickými poradnami (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 5, č. 2. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISSN 1214-1089.).

2.5.1.1.2 Selektivní prevence

Programy selektivní prevence se zaměřují na skupiny osob, u kterých můžeme očekávat zvýšené riziko užívání drog. Mohou to být např. děti alkoholiků, studenti, kteří nedokončili studium či mají zhoršený prospěch apod. Rizikové skupiny můžeme identifikovat na základě biologických, sociálních či psychologických faktorů, které mají souvislost s užíváním drog. Dále je možné tyto jedince identifikovat podle věku, pohlaví, rodinné historie, místa bydliště či úrovně sociálního znevýhodnění (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.).

2.5.1.1.3 Indikovaná prevence

Indikovaná prevence se zaměřuje přímo na jedince, u kterých byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování, problematických vztahů v rodině, s vrstevníky či ve škole. Smyslem je působit na jednotlivce, kteří vykazují známky užívání drog a dalšího problematického chování. Cílem je dosáhnout snížení frekvence a objemu užívaných drog a zmírnit následky jejich užívání (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.).

Poznámka: Opatření selektivní a indikované péče jsou běžná pouze v pár evropských zemích, např. v Německu, Švédsku, Velké Británii, Irsku či Itálii (Burkhart et al., 2003, In *Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.).

2.5.1.2 Nespecifická primární prevence

Nespecifickou prevencí můžeme rozumět aktivity, které podporují zdravý životní styl a které nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek. Realizují se např. širokou sítí volnočasových aktivit, které nabízejí smysluplnější trávení volného času. Zařadit tu tak můžeme různé zájmové kroužky či sportovní aktivity (*Zaostřeno na drogy.*, roč. 5, č. 2. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISSN 1214-1089.).

2.5.1.3 Zásady primární prevence

Dle Béma (In Kalina, 2003) můžeme obecné charakteristiky efektivního preventivního programu definovat následovně:

- Kombinace mnohočetných strategií, kde se působí na určitou cílovou skupinu – rodina, škola, vrstevníci, komunita či masmédia. Preventivní programy je dle něj třeba koncipovat komplexně jako souhrn mnoha faktorů a jako koordinovanou spolupráci různých institucí.
- Kontinuita působení a systematičnost plánování. Tímto chce autor říct, že jednorázové aktivity bez ohledu na rozsah a náklady, např. jednorázové přednášky či celostátní protidrogové kampaně, nejsou mnohdy efektivní. Jednostranné a zjednodušující informace mohou být i škodlivé. K tomuto názoru se přiklání i Nešpor (1996), který tvrdí, že i když jde o dobře míněný krok, může dojít k tomu,

že u některého z posluchačů naopak přednáška vzbudí zájem a chuť vyzkoušet to zajímavé a nebezpečné.

- Cílenost a adekvátnost informací a forem působení vzhledem k cílové populaci a jejím sociokulturním či demografickým charakteristikám. To znamená, že u každého preventivního programu je potřeba definovat, pro jakou cílovou skupinu, postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek, je určený. Musí tak být zohledněn věk, míra rizikovosti, úroveň vědomostí jedinců, jejich sociokulturní zázemí či postoje dané skupiny ke zneužívání návykových látek.
- Propojenost prevence zneužívání nelegálních drog a těkavých látek a prevencí problémů působených alkoholem a tabákem.
- Včasný začátek preventivních aktivit. Dle Béma je toto ideální již v předškolním věku, neboť osobnostní orientace, názory a postoje se formují již v nejranějším dětském věku. Dle něj se jednoznačně ukazuje, že čím dříve se s prevencí začne, tím je výsledek efektivnější. Ovšem je třeba přihlížet k věku dítěte a jeho možnostem.
- Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ, kde je třeba podporovat zdravý životní styl a nabízet pozitivní alternativy.
- Využití „KAB“ modelu – jde o to, orientovat se nejen na úroveň informací, ale především na kvalitu postojů a změnu chování jedinců. Cílem prevence je ovlivnit chování, proto by součástí programů mělo být posílení schopností mladých lidí čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšením sebevědomí, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopnosti obstát v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem.
- Využití „peer“ prvku, důraz na aktivní zapojení. Pro děti a dospívající jsou mnohdy větší autoritou jejich vrstevníci, než třeba rodiče a učitelé. Vrstevníci často hodně ovlivňují jejich názory, postoje a mohou tak účinně přispět ke snížení rizikového chování. Aktivní účast dětí, jejich iniciativa a výměna názoru, tak mohou vytvořit kvalitní preventivní program.
- Podpora projektivních faktorů ve společnosti, vytváření podpůrného a pečujícího prostředí. Je tím myšleno to, že by součástí preventivních programů měla být podpora a vytváření podmínek pro společensky přijatelné aktivity a nabídka

takového podpůrného prostředí, kde bude dětem umožněno navázání uspokojivých vztahů.

2.5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevencí můžeme rozumět práci s takovou skupinou lidí, kteří již drogy okusili či s nimi experimentují, ale ještě jim úplně nepropadli. Spadají do ní především poradenství a terapie, jejichž cílem je nedopustit, aby u klienta vznikla závislost, motivují ho k omezení užívání drog nebo úplnému přerušení ([http:// www.mpmb.cz](http://www.mpmb.cz)).

Mimo to poskytuje sociální péči a sociální práci či léčení. K těmto účelům jsou pak zřizovány např. střediska krizové intervence, telefonické linky pomoci nebo detoxikační centra, kde je možnost krátkodobé lékařské a psychologické pomoci při vysazení drog nebo ambulantní a lůžková péče ([http://www. icm.uh.cz](http://www.icm.uh.cz)).

Jak již bylo řečeno, úkolem sekundární prevence je zastavit tento nežádoucí jev, proto je třeba uživatele drogy odpoutat od prostředí, ve kterém mu bylo umožněno žít životem závislého člověka, je třeba, aby si jedinec uvědomil, co ho v jeho závislém životě poškozovalo, co ho zraňovalo, ale také co on sám poškodil, koho on sám zranil. Je důležité, aby pochopil a přijal odpovědnost za svůj život, našel smysl života a životní hodnoty nebo si uvědomil reálné vztahy a vazby ke svému okolí, rodině, přátelům apod. (Kudrle, In Kalina, 2003).

2.5.3 Terciální prevence

Terciální prevencí můžeme rozumět předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození způsobené užíváním drog. V tomto smyslu tak můžeme terciální prevencí chápat také jako proces resocializace nebo sociální rehabilitace klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog. Jedná se také o intervenci u klientů, kteří drogy stále užívají a nechtějí v užívání přestat. Zde je pak cílem terciální prevence zaměřit se na snížení zdravotních rizik a to především infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog apod. Tento způsob terciální prevence se označuje jako Harm Reduction (Kudrle, In Kalina, 2003).

V rámci tohoto programu se provádí např. výměna použitých jehel a stříkaček za nové, aby se předešlo možným infekcím jako je např. žloutenka nebo virus HIV. Mimo to pracovníci,

tzv. streetworkeři šíří informace prostřednictvím letáčků, navazují přímý kontakt s postiženými, což může být někdy prvním krokem k zahájení léčby narkomana (<http://www.icm.uh.cz>).

Dalším programem, který pod terciální prevenci spadá je substituce, jejíž základní myšlenkou je nahradit braní ilegální, nečisté drogy drogou chemicky čistou a legálně podanou v zařízeních, která jsou k těmto účelům přizpůsobená. Substituce se užívá tam, kde preventivní i léčebné postupy selhaly. Člověk tak má možnost dostat drogu legálně, v čisté podobě, jak už bylo zmíněno výše, ale také pravidelně. Navíc se droga podává tak, aby se nemusela vpichovat do žíly, čímž tak v mnoha případech odpadá i riziko přenosu infekce. Tím, že má jedinec zaručen přísun drogy, má mnohdy spoustu času na to, aby si uvědomil, jak vypadá a kde žije. Tak dostává prostor na to, aby mohl začít znovu normálně fungovat. Další význam substituční léčby spočívá v denní kontrole uživatele drog, je tu možnost po dohodě s uživatelem snižovat přísun drog a dostat se např. i k úplné abstinenci (Presl, 1995).

„V širší souvislosti lze do terciální prevence zahrnout i základní sociální a existenční výpomoc, např. potraviny, vitamíny, šatstvo, přechodné ubytování a terapeutické práce s nejbližšími závislých, kteří léčbu odmítají, jejich rodiči či partnery (<http://www.icm.uh.cz>)“.

2.6 Konkrétní formy prevence

Jelikož je prevence prvním krokem poukazujícím na nebezpečí drog, je třeba s ní začínat již u mladých lidí, neboť právě oni se nachází v největším ohrožení. Proto je třeba, aby se na preventivních opatřeních účastnili jak rodiče, tak i škola, protože právě tyto dvě instituce jsou s mladými lidmi v každodenním kontaktu a podílí se na jejich formování. Proto se budu v následujících dvou podkapitolách věnovat právě prevenci ve škole a v rodině.

2.6.1 Prevence ve škole

Učitelé a vychovatelé se mohou na prevenci podílet velkou měrou, neboť mladým lidem slouží jako model správného chování se. Učitelé mohou být pro své žáky vzorem a žáci tak mohou jejich chování napodobovat. Učitel může vychovávat i tím, že je s žákem v určitém kontaktu, učí děti organizovat jejich volný čas, doporučuje sportovní aktivity, záliby,

dovednosti, učení se např. cizím jazykům apod. (Riesel, 1999). Snaží se tak pomoci žákům naučit se využívat mnohem lépe jejich volný čas, ve kterých nebudou páchat žádné sociálně patologické jevy, které se mnohdy vyznačují posedáváním mladých v parcích a dalších odlehlých místech, kde konzumují alkohol, kouří a to ať už cigarety nebo marihuanu.

Protože učitel tráví s žáky či studenty ve škole spoustu času, neunikne mu, když je s dětmi něco v nepořádku, i když přesně neví, co může být příčinou. Proto by měl ze seznamu možných důvodů vyřadit např. citové či rodinné konflikty až dojde k užívání návykových látek. Jakmile zjistí právě tuto příčinu žákova podivného chování, měl si s ním promluvit. Důležité je, aby to bylo o samotě, protože před celou třídou se dítě nebude chtít otevřít a o svých problémech mluvit. Běžným postupem na školách bývá pozvání rodičů, s nimiž se konzultují problémy užívání drog jejich dítěte. Cílem je společně pochopit celou situaci a najít vhodná řešení. Na drogovou problematiku však většinou škola ani samotní rodiče příliš nestačí, proto je třeba vyhledat v okolí další instituce a odborníky, se kterými se dá dobře a účinně spolupracovat. Jednou z možností je obrátit se na **výchovného poradce** nebo **pedagogicko-psychologickou poradnu**, kde je velkou výhodou, že vyšetření a další péče probíhají mimo školu, což by mohlo být prospěšné tam, kde žák nemá z jakéhokoli důvodu velkou důvěru ke škole. Prospěšné může být i kontaktovat se s **linkou důvěry**, kde je velkou výhodou možnost okamžité pomoci. Navíc pracovníci v těchto zařízeních mají větší přehled o další možné pomoci v dané oblasti. Ve většině okresů fungují také **ordinace AT** (ambulantně terapeutické ordinace), které jsou zaměřeny na léčbu závislosti na alkoholu a dalších návykových látkách. Ve velkých městech jsou mnohdy zřízeny i **další zařízení** jako např. K-centrum nebo Podané ruce, která se specializují na pomoc mladým lidem, kteří mají problémy s návykovými látkami. Jedná se o ambulantní zařízení. V případě, že ani tato forma péče nepostačuje, je vhodné zprostředkovat ústavní léčbu, pokud se ukáže, že je potřebná. Může se stát, že s pedagogem rodiče nespolečně spolupracují, pak je vhodné obrátit se např. na zdravotnická zařízení, která se na tuto problematiku specializují, v krajním případě i na oddělení péče o děti při okresních úřadech apod. (Nešpor, 1996).

Co se týče samotného vzdělávacího procesu, bylo by dobré, kdyby do nich každá škola zapracovala konkrétní témata prevence, čímž by mohlo dojít k osvojení si preventivních ochranných kompetencí. Jako optimální by se mohlo zdát využívání podnětů otevřené výuky, která může zároveň přispívat i k aktivnímu sociálnímu učení. Vyučování může

probíhat formou projektové výuky, během níž se utváří určitý projekt, dle kterého se dále pracuje. Další formou by mohlo být integrované tematické vyučování ve smysluplných celcích za aktivní účasti žáků (výuka v tematických celcích, blocích nebo etapách) nebo kooperativní vyučování, při kterém se využívá kritického myšlení, samostatné učební práce žáků a svobodné tvůrčí práce. To dětem umožní např. přímou zkušenost, komunikaci a spolupráci. Na prvním stupni základní školy můžeme schopnost diskutovat, komunikovat a řešit problémy a konflikty např. prostřednictvím komunitního kruhu. Na druhém stupni ZŠ můžeme využít simulačních her (např. jak bych se já choval ve fiktivních situacích), relaxačních technik, brainstorming, diskuse, projekty, hraní rolí (hraní jiných rolí než jsem já), empatie, kreslení, nácviku verbální a neverbální komunikace a dalších metod (Majer a kol., 2004).

2.6.2 Prevence v rodině

Ne zřídka se stává, že rodiče řeší dilema, zda mají s dětmi o drogách začít mluvit sami, nebo naopak počkat, až se děti zeptají samy. V dnešní době se ale s drogovou problematikou setkáváme často, ať už v televizi, ve škole či mezi přáteli nebo okolí. Téma se tedy mnohdy samo nabídne a proto je třeba si ujasnit, co rodiče o drogách vědí, čeho chtějí svou diskuzí dosáhnout a jestli je vůbec ten správný čas s tím začít, tzn. nemluvit s dětmi o drogách, když je chceme za něco pokárat nebo se na ně zlobíme nebo ho do rozhovoru nutit. Důležité je volit taková slova a přirovnání, která jsou dítěti blízká a nestrašit je smrtí, přestože ji mohou drogy způsobit. Dítě by mohlo mít sice na určitý čas negativní postoj k návykovým látkám, ale později, kdyby zjistil, že po užívání drog jeho přátelé ničím netrpí, ale naopak jsou spokojení, otočilo by se to proti rodičům, kteří by mohli být vnímáni jako lidé, kteří přehánějí. Rodiče by se neměli bát s dětmi mluvit o drogách, když je napadá spousta dalších otázek, jako jestli v nich informace neprobudí zvědavost nebo chuť drogy zkusit. Měli by vědět, že samotná informace chuť zkusit drogu nemůže způsobit, museli by tomu předcházet další faktory jako např. nuda, samota, pocit neúspěšnosti, touha podobat se druhým apod. (Hajný a kol., 2004).

Mimo to by si měli rodiče společně s dětmi stanovit určitá pravidla, která se drog týkají. Nešpor (1997) se např. zmiňuje o pravidlu, jehož zásadou je žádný alkohol či drogy u nezletilých. Vysvětluje to tak, že nedospělý organismus je po všech stránkách (tělesné i duševní) ohrožen mnohem více než u dospělé populace. Je důležité, aby dítě pochopilo, že

ho chceme tímto upozorněním chránit a ne ho v tomto směru omezovat. Mimo to by mělo dítě vědět, co by mohlo následovat, pokud by se opil nebo začal drogy užívat, např. zákaz návštěv večírků či koncertů, kde se může dítě vystavit dalším rizikovým faktorům, pozastavit mu kapesné nebo mu uložit domácí vězení apod. Rodiče by neměli vidět ani problém v kontrolování svého dítěte, kde je, zda u svých přátel, u kterých jsme si jistí, že nejsou s návykovými látkami nijak spojeni, či je v zájmovém kroužku apod. Navíc sám rodič by měl jít svým chováním dětem příkladem a podporovat tak v rodině zdravý životní styl. Měl by naučit dítě, aby si vážilo sebe samotného, aby vyhledávalo jen skutečné přátelství, které se nezakládá na bezohledných vztazích či využívání, ale právě naopak. Důležité také je, naučit dítě říkat „NE“, pokud to okolnosti vyžadují a stát si za svým názorem (Nešpor, 1997).

2.7 Léčebná opatření

Mnohdy se lidé nedokážou s drogovou závislostí sami vyrovnat, sami ji zvládnout. Proto je důležité zmínit několik institucí, které se touto problematikou zabývají a pomáhají závislému jedinci vypořádat se s jeho „zlozvykem“, pomáhají mu s návratem do společnosti a řešením jeho problémů, které z užívání drog vyplývají.

2.7.1 Formy léčby

Dle Nešpora (1997) rozlišujeme tři základní formy léčby:

- ***Jednorázová porada, krizová pomoc, krátkodobá léčba***

Jedná se tu o jednoduchou formu pomoci, která je při včasném poskytnutí vysoce účinná. Při tomto druhu léčby je důležité pracovat nejen se samotnými pacienty, ale rodiči.

- ***Ambulantní léčba***

Výhodou ambulantní léčby je, že dítě nebo dospívající zůstává ve svém přirozeném prostředí, takže může dál docházet do školy či učení. Nevýhoda této léčby může spočívat např. v napjatých vztazích v rodině nebo silné vazbě na partu, od které se nedaří odpoutat. I zde je spolupráce s rodinou velmi důležitá.

- ***Ústavní léčba***

Velkou výhodou u ústavní léčby je možnost nepřetržité odborné péče, která je potřebná

především u těžších tělesných nebo duševních komplikací. Další výhodou je radikální změna prostředí. Nevýhodou je její finanční náročnost. Navíc zorganizovat kvalitní léčebný program vyžaduje kromě dobré vůle i úsilí, kvalifikaci a zkušenost.

Ústavní léčba může mít různou formu:

- Krátkodobý pobyt, např. na deset dní pro překonání odvykacích potíží a zlepšení tělesného stavu (tzv. detoxikační pobyty).
- Středně dlouhá léčba, ta může trvat od několika týdnů až do několika měsíců.
- Dlouhodobé programy, ty mohou trvat rok i déle. K dlouhodobé léčbě jsou určeny některé terapeutické komunity (léčebná společenství).

2.7.2 Místa, kde se lze obrátit na odbornou pomoc

- ***K-centrum*** je nízkoprahovým zařízením, které je zřízeno ve většině větších měst. Hlavním cílem této instituce je snižování rizik pro injekční uživatele drog. Základem služeb v tomto kontaktním centru je informování o možnostech léčby, výměna stříkaček nebo informace o bezpečném užívání návykových látek. Mimo tyto služby je tu poskytován či zprostředkováván základní zdravotní servis nebo testy. Většina kontaktních center provozuje i terénní práce, tzv. streetwork, který je určený především pro ty klienty, kteří se pohybují v rizikovém prostředí a jsou pravidelnými uživateli drog. Tito pracovníci nabízejí např. výměnu použitých stříkaček za nové, desinfekční náčiní, předávají informace o možnostech pomoci a léčbě (Hajný a kol., 2004).
- ***Střediska pro mládež***, která jsou specializovanými zařízeními pro mladší děti ve věku od 14 do 20 let. Poskytují léčebný pobyt na dobu dvou až čtyř měsíců. Většinou pak následuje docházka do ambulantních zařízení, kde se spolupracuje i s rodinou. Tato léčba je vhodná pro teprve začínající problémy s užíváním drog nebo pro klienty, kteří užívají návykové látky maximálně však do dvou let trvání (Hajný a kol., 2004).
- ***Ambulantní zařízení*** ve většině případů pracují s klienty, kteří jsou k léčbě či abstinenci motivováni. Pracuje se tu i s rodinami těchto klientů. Nejčastěji se jedná o specializovaná zařízení, někdy o psychologické nebo psychiatrické ambulance.

Zde se většinou využívá psychoterapie a poradenství, které se zaměřuje na problémy s drogami. Může se stát, že v tomto typu léčby nebude klient úspěšný, proto mu tyto typy zařízení mohou doporučit jiný typ léčebného zařízení (Hajný a kol., 2004).

- **Psychiatrická léčebna** – oddělení pro léčbu závislostí nabízí pomoc těm klientům, kteří jsou dlouhodobě závislí na tvrdých drogách, např. heroinu, kokainu apod. Délka pobytu v psychiatrické léčebně se pohybuje nejčastěji od tří do šesti měsíců. Toto zařízení je vhodné i v těch případech, kdy už je vyčerpána možnost ambulantní docházky jinam (Hajný a kol., 2004).
- **Substituční léčba** je další možností pro klienty, u kterých se abstinenci léčba opakovaně nedaří. Probíhá pod dohledem lékaře a pacientům tu je podávána náhrada drogy. Pacienti si tak mohou začít upravovat svůj život, řešit některé ze svých problémů. Snižování dávek může vést až k úplné abstinenci. Tato léčba se doporučuje především u dlouhodobě závislých jedinců (Hajný a kol., 2004).
- **Terapeutické komunity** pro dlouhodobé léčení trvající zpravidla rok i déle. Většinou přijímají pacienty ve věku od 18 let, někde i od 15. Výhodou je to, že se mladý dospělý dostává do jiného prostředí, než v jakém bral návykové látky. Terapeutické komunity přijímají většinou až stabilizované pacienty, kteří nemají odvykací příznaky (Nešpor, 1997). Vhodná je také pro klienty, kteří prošli krátkodobějšími léčebnými programy a opakovaně neuspěli nebo i pro ty, kteří mají za sebou život na ulici a nezažívali dobré vztahy v rodině či se svým partnerem (Hajný a kol., 2004).
- V každém okrese pracují **ordinace AT** nebo jiná specializovaná zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu a drogách. Tyto ordinace poskytují pomoc dětem i dospělým (Nešpor, 1997).
- Jednou z dalších možností je i **zařízení telefonické pomoci** a **centra krizové intervence**. Kromě telefonické rady bývá často možné tato zařízení i navštívit, jestliže si to volající přeje, některá zařízení tohoto typu poskytují i krátkodobé pobyty. Kontakty na ně lze nalézt v telefonních seznamech (Nešpor, 1997).

3 ALKOHOL

Alkohol je jednoduchá chemická látka, která vzniká procesem kvašení ze sacharidů. Vyšší koncentrace alkoholu se dosahuje destilací (Popov, In Kalina, 2003)

Alkohol je droga s tisíciletou tradicí, která je mnohdy dosti podceňována a schvalována. Tvrdí se, že společnost akceptuje alkohol, neboť jeho konzumace je součástí mnoha lidských rituálů. Odmítnutí konzumace alkoholu mnohdy může vzbudit u druhých pozornost a i neadekvátní reakce. Rituály spojené s konzumací alkoholu jsou vysoce nebezpečné pro oslovení mládeže a dětí. Rituál ťukání na zdraví je považován za symbol dospělosti a účasti v dospělém životě. Alkohol bývá označován za průchozí drogu, ze které část mladistvých přechází k nebezpečnějším látkám (Mühlpachr, 2001).

Co se týče jeho konzumace, Česká Republika patří dlouhodobě mezi státy s největší spotřebou alkoholických nápojů. V přepočtu na stoprocentní alkohol připadá na jednoho obyvatele asi deset litrů alkoholu za rok (Popov, In Kalina, 2003).

3.1 Diagnostická kritéria

Mühlpachr (2001) odkazuje na 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, kde se syndrom závislosti na alkoholu chápe jako skupina jevů fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se duševního života, především poznávání), v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné činnosti, kterých si dříve více cenil. Pro syndrom závislosti na alkoholu je charakteristická silná touha přijímat alkohol. Co se týče samotné diagnózy, měla by se podle autora stanovovat v případě, že během posledního roku došlo ke třem či více z následujících jevů:

- Silná touha či potřeba přijímat alkohol.
- Potíže v kontrole přijímání alkoholu (např. jeho množství).
- Tělesný odvykací stav, v případě, že je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky, nebo jestliže je přijímaná příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky.
- Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby bylo dosaženo účinků vyvolaných původně nižšími dávkami alkoholu.
- Postupné zanedbávání zájmů či jiných potěšení ve prospěch přijímání alkoholu a

zvyšování času k získání nebo přijímání alkoholu či zotavení se z jeho účinků.

- Pokračování v užívání alkoholu i přes jasné důkazy zjevně škodlivých následků jako poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy či poškození myšlení.

3.2 Fáze závislosti na alkoholu

Kanadský psychiatr Jellinek (In Mühlpachr, 2001) vypracoval vývojová stádia závislosti, která jsou obecně přijímána i našimi odborníky.

1. Iniciální, počáteční stádium

Jedinec se nikterak neliší od svého okolí, pije především kvůli psychotropním účinkům alkoholu. V intoxikaci tak překonává stresové a neřešitelné situace. Dochází k tomu, že konzumaci alkoholu zvyšuje a jeho tolerance k němu roste.

2. Prodromální, varovné stadium

Rostoucí tolerance k alkoholu způsobuje stále vyšší hladinu alkoholu v krvi. Jedinec začíná preferovat tajné pití, pít s předstihem a konzumuje alkohol mnohem rychleji než jeho okolí. Citlivě pak reaguje na jakoukoli komunikaci ohledně alkoholu. Mnohdy si v tomto stadiu nepamatuje průběh intoxikace. Prohlubují se jeho pocity viny, jedinec se snaží ovládnout účinky alkoholu.

3. Kruciální, rozhodné stádium

Tolerance stále roste a dochází ke změně kontroly pití. S rostoucí frekvencí zjevných opilostí dochází k nárůstu konfliktů s okolím. Člověk si začíná vymýšlet různé důvody, kterými sobě i druhým vysvětluje a omlouvá své pití. Dochází k upadání zájmů, koníčků povinností jedince. Tlak okolí ho může donutit třeba i k dlouhodobé abstinenci, ale jakmile povolí či se ukončí úplně, končí tím i období abstinence. V tomto třetím stadiu se začínají objevovat i zdravotní poruchy.

4. Terminální, konečné stádium

Charakteristickým znakem 4. stadia je dle Jellineka nepříjemný stav po vystřízlivění, nastupují tak tzv. ranní doušky, které přechází k několikadenní konzumaci a vzniká tah. Klient může mimo alkoholické nápoje začít konzumovat i technické prostředky. V tomto stadiu dochází k degradaci osobnosti jedince a celkový úpadek.

3.3 Klasifikace typů závislosti

Popov (In Kalina, 2003) se odkazuje na Jellinekovu typologii, která rozlišuje pět typů závislostí na alkoholu:

- 1) typ alfa: bývá označován jako „problémové pití“, člověk se snaží potlačit úzkost či depresivní pocity, často pije o samotě. Mühlpachr (2008) dodává, že jsou pro tento typ typické občasné excesy s následnými problémy, represivní opatření dle něj stačí k dočasné abstinenci. Tvrdí, že se nejedná o závislost v pravém slova smyslu, ale může se stát, že se typ alfa rozvine v závislost typu gama.
- 2) typ beta: můžeme označit jako „společenské pití“, vyznačuje se častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem bývá somatické poškození. Dle Mühlpachra (2008) jde o pravidelnou konzumaci alkoholu, kterou člověk není ochotný přerušit ani za znevýhodněných podmínek. Může se rozvinout v závislost typu delta.
- 3) typ gama (anglosaský typ): charakteristickým prvkem tohoto typu jsou poruchy kontroly pití, dochází k postupnému zvyšování tolerance k alkoholu a somatickému a psychickému poškození, výrazná je také psychická závislost na alkoholu. Mühlpachr (2008) toto vyjádření doplňuje o fakt, že jsou zachovány abstinенční schopnosti, ale jakmile se jedinec pokouší pít s kontrolou, následují ho další problematické opilosti, jejichž frekvence je stoupající a až se tak stávají každodenními.
- 4) typ delta (románský typ): typickým jevem tohoto typu je chronická, denní konzumace alkoholu a trvalé udržování hladiny alkoholu v krvi, nejsou tu výrazné projevy opilosti a ztráty kontroly, výrazná bývá somatická závislost s tělesným poškozením. Mimo tyto projevy další autor Mühlpachr (2008) uvádí, že tento typ je charakteristický zejména pro vinařské oblasti, kde pravidelná každodenní konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, nedochází tu dle něj k sociálním selháním, přesto uvádí, že schopnost abstinence je v tomto případě problematická.
- 5) typ epsilon: tento typ závislosti bývá označován jako „kvartální pijáctví“, které se projevuje epizodickým abúzem s obdobími delší či občas úplné abstinence. Je to nepříliš častá varianta závislosti, kterou mohou někdy provázet afektivní poruchy.

3.4 Rizikové skupiny

Rizikovou skupinou bývají často děti a mladiství. Tato problematika se odvíjí od životního stylu rodiny a způsobu konzumu alkoholu u rodičů. „*Nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatečné utváření základní potřeby životní jistoty, nedostatek vhodných identifikačních vzorů a posunutý model rodinného soužití jsou poruchy způsobené konzumem alkoholu a vedou k vážným důsledkům ve vývoji osobnosti dítěte*“ (Mühlpachr, 2001).

Johnston, O'Mailly, Bachman (In Mühlpachr, 2008) se domnívají, že požívání alkoholu je dosti rozšířeno především mezi jedinci mladšími 21 let a pak mezi vysokoškolskou mládeží.

Mimo tyto skupiny alkohol ohrožuje i vyvíjející se plod v prenatálním období, kdy pak můžeme hovořit o tzv. fetálním alkoholovém syndromu - FAS (Mühlpachr, 2001).

3.5 Rizika konzumace alkoholu

Časté požívání alkoholu s sebou nese spoustu rizik, ať už jsou to častější úrazy, pády či popáleniny, dochází také k závažnějším nemocem, např. jaterní, trávicího traktu či vysoký krevní tlak. U destilátů hrozí riziko otravy alkoholem, může se také zhoršit průběh mnoha dalších onemocnění, např. cukrovky a epilepsie. Zvyšuje také riziko vzniku nádorů (Nešpor, 1995).

Mimo tyto problémy mohou člověka konzumujícího alkohol postihnout alkoholové psychózy či jak už bylo řečeno, v ohrožení se ocitá i vyvíjející se plod v prenatálním období viz. níže.

3.5.1 Alkoholové psychózy

3.5.1.1 *Delirium tremens*

Jedná se o onemocnění charakteristické pro konzumenty destilovaných nápojů. Typickými příznaky jsou nespavost, ulekanost či strach. Někdy mohou nástupu deliria předcházet také křečové záchvaty. Dalšími příznaky je zastřené vědomí a zmatenost, smyslově živé halucinace a iluze, obvykle bývají přítomny i bludy či obrácený spánkový cyklus, pocity úzkosti, tzv. noční můry či epileptické záchvaty. Pro delirium je typický stálý třes končetin

nebo celého těla a potřeba neustálé aktivity. Takovýto stav obvykle trvá 3 až 7 dní, přičemž všechny tyto příznaky se zhoršují vždy spíše k večeru. Toto onemocnění bývá provázeno amnézií, buď úplnou nebo částečnou (Mühlpachr, 2008).

3.5.1.2 Dipsomanie

Patří mezi časté alkoholové psychózy. Charakteristické pro toto onemocnění jsou periodicky se opakující záchvatové stavy, při nichž dominuje neodolatelná touha po alkoholu, silná úzkost a impulzivní jednání. Dipsomanie je jedno z nejtěžších onemocnění, které vzniká na bázi chronického alkoholismu. Mezi periodami pití může jedinec i abstinovat, avšak v tomto období se může vyskytovat psychomotorický neklid, labilita, ochablost, pocit nemoci, napětí či nechut' k práci. Další návrat k požívání alkoholu však může vyvolat stav opilství, ztrátu sebekontroly či násilnické reakce (Mühlpachr, 2008).

3.5.1.3 Alkoholická paranoia (alkoholická žárlivost)

Jedná se o vleklé onemocnění, které vzniká na základě chronického alkoholismu. Charakteristické jsou bludné představy, např. vztahovačnost, podezíravost či žárlivost. Pokud se jedinec nachází v abstinenční fázi, pak jsou veškeré prognózy onemocnění dobré. (Mühlpachr, 2008).

3.5.2 Fetálním alkoholový syndrom (FAS)

FAS vzniká u plodů „alkoholiček“ a projevuje se poruchou růstu, mentálními poruchami a vadami obličeje. Pití alkoholu během prvního trimestru bývá spojováno s psychickými poruchami, při pití ve II. a III. trimestru se pak může objevit růstová retardace a neurologické poruchy (<http://gyn.cz>).

Dalšími příznaky jsou např. malá hlava, nemožnost souhry pohybu očí či nízké posazené malé uši, poruchy růstu (malý vzrůst, pomalý tělesný vývoj, nízká tělesná hmotnost), deformovaná žebra a hrudní kost, chybějící prsty na ruce a nohou nebo naopak nadpočetné prsty, srdeční vady, nedostatečný vývoj mozku, poruchy paměti, porucha vyjadřovacích schopností, hyperaktivita, poruchy spánku. Postiženo bývá i chování, které se může projevovat špatnou koncentrací, strachem, impulzivitou, problémy se zařazením do běžného života, problémy s návykovými látkami apod. FAS nelze vyléčit. Neexistují ani žádné látky, které by mohly zmírnit jednotlivé tělesné příznaky či narušený vývoj mozku

(<http://www.tehotenstviaz.cz>).

3.6 Známky poukazující na konzumaci alkoholu

Konzumenty alkoholu můžeme poznat na základě určitých signálů. Nešpor (1997) rozlišuje brzké a pozdní známky požívání alkoholu.

3.6.1 Brzké známky

Prvními signály je např. alkohol v dechu, který může být překrýván třeba různými bonbony, dále zarudlé oči, zhoršená pohybová souhra a nejistá chůze, ospalost, nezřetelná výslovnost, často bývají oslabeny veškeré zábrany, slovní či fyzická agrese, bolesti hlavy v kocovině či deprese (Nešpor, 1997).

3.6.2 Pozdní známky

Požítí alkoholu může způsobovat tzv. „okna“, kdy si jedinec nepamatuje, co pod vlivem alkoholu dělal, třes, zvyšuje se odolnost vůči alkoholu, dalším znakem je samotářské a hltavé pití, snižuje se schopnost pití ovládat a zastavit či jedinec pije při nevhodných příležitostech. Dochází i ke ztrátě nepijících přátel, tělesným nemocem či používání alkoholu k uklidnění (Nešpor, 1997).

3.7 Preventivní programy

Prevence by se měla věnovat všem typům drog a to platí i o alkoholu a tabáku. Měla by se zaměřovat i na experimentální užívání drog, na informace ohledně pozitivních účinků, ale varovat i před riziky spojenými s užíváním návykových látek. Důležité je, aby se nemoralizovalo, ale naopak je třeba docílit toho, aby lidé nad touto problematikou zapřemýšleli sami. Stejně tak je třeba soustředit se na potřeby a priority jedince (Galla a kol., 2005).

3.7.1 Prevence ve školách

Že u dítěte nastal nějaký problém se často poprvé projevuje ve škole a to zhoršeným prospěchem, disciplinárními problémy či neomluvenými hodinami. Proto je důležité je, aby škola úzce spolupracovala i s rodiči, kdy jim okamžitě oznámí velké výkyvy v prospěchu, změny v chování dítěte nebo jiné nápadnosti. Tímto pomáhá rodičům včas a účinně

reagovat. Při prevenci proti návykovým látkám by měla škola nabídnout žákům i rodině vhodnou formu pomoci. Často se doporučuje např. spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou nebo jiným pracovištěm, které pomůže stav dítěte důkladně posoudit (Nešpor, 2003).

Mimo to by měla škola prosazovat i přiměřená pravidla, která by měla zahrnovat zákaz přinášení a užívání alkoholu a jiných návykových látek do školy nebo na akce pořádané v rámci školy. Pokud se tak stane, je třeba žáku, studentu alkohol okamžitě odebrat a zamezit mu v jeho další konzumaci. Pedagogové by se po té měli zabývat momentálním stavem dítěte, aby vyloučili možná nebezpečí. V případě, že je mladistvý jedinec natolik ohrožen na životě, je třeba zajistit mu nezbytnou pomoc a zavolat lékaře. V případě, že je student v pořádku, musí pedagog sepsat stručný záznam včetně vyjádření dítě, odkud či od koho alkohol vzalo, a oznámit toto na vedení školy. Danou skutečnost musí pedagogičtí pracovníci nahlásit i rodičům či jiným zákonným zástupcům. Pokud jsou nedostupní, pak mají za povinnost nahlásit problém s alkoholem k orgánu sociálně právní ochrany dítěte, to platí i v případě, kdy se situace s požíváním alkoholu v rámci školy opakuje. Bylo by žádoucí, kdyby škola udělala vstřícný krok, pokud o to uživatel a jeho rodiče stojí a nabídli jim patřičné informace o možnostech odborné pomoci při řešení této situace. Je také třeba, aby škola vyvodila určité sankce, které vyplývají ze školního řádu (<http://www.nidm.cz>)

Dle mého názoru, pokud ve škole k takové situaci dojde, měla by s tím škola začít i více pracovat např. v tom smyslu, že uspořádá v dané třídě besedu na téma alkoholu nebo uspořádá pro žáky celé školy přednášku drogového preventisty apod.

3.7.2 Prevence v rodině

Prevence problémů způsobených alkoholem u dětí a dospívajících v rodině je důležitá. S dítětem nebo dospívajícím je třeba trávit přiměřený čas pokud možno každý den. Je důležité, aby rodiče dítěti naslouchali, snažili se mu porozumět. Měli by dítě povzbuzovat k tomu, aby s nimi o čemkoli mluvilo. Navíc je třeba posilovat zdravé sebevědomí dítěte, proto by ho měli rodiče při vhodné příležitosti pochválit. Navíc by měli také zdůraznit fakt, že jsou za něj právně zodpovědní, proto mají právo a povinnost kontrolovat, kde dítě je, co dělá a s kým se stýká. Vřelost je třeba spojit s pevností a prosazováním rozumných pravidel, zejména co se týče nepřijatelnosti alkoholu a drog u dětí. Jestliže dítě pravidlo poruší, mělo by nést přiměřené následky. Důležité je, aby rodiče byli připraveni o alkoholu

diskutovat, proto musí být dostatečně informováni o této problematice. Jedním z důvodů, proč mládež sáhne po alkoholu nebo jiné droze je nuda, proto není špatné zapojit své děti do určité míry na rozhodování, zapojit je do chodu domácnosti. Je však třeba, aby úkoly odpovídaly věku dítěte a jeho možnostem. Mimo toto všechno by bylo vhodné pěstovat v dítěti i další záliby mimo rodinu. Je důležité, aby toto rodiče vnímali jako jednu z pozitivních forem trávení volného času svého dítěte a nečekali, aby jejich dítě bylo vždy to nejlepší. Za všechno co děti dokážou je třeba je ocenit, dát jim najevo kladné city, ale nezapomenout trvat na určitých hranicích (Nešpor, 2003).

3.8 Léčebná opatření

3.8.1 Formy léčby

Podobně jako u jiných závislostí je léčba na alkoholu též velmi náročná a dlouhodobá. Klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu hraje především *psychoterapie*. Ve většině případů se používá spíše skupinové psychoterapie. V odvykací léčbě je jedním ze základních cílů pacienta získat náhled, aby byl schopen začít realizovat důležité změny v životním stylu a rozhodnul se pro abstinenci. U ostatních poruch, které byly vyvolány užíváním alkoholu, má psychoterapie význam podpůrné terapie (Popov, In Kalina, 2003).

Vysoce efektivní může být i *krátká intervence*, která upozorňuje pacienta na zdravotní rizika v závislosti užívání škodlivých látek a to v situacích, kdy je jedinec schopný přerušit či omezit pití alkoholu, neboť u něj ještě nedošlo ke ztrátě kontroly užívání. Cílem této intervence je, aby pacient omezil pití alkoholu a pokusil se abstinovat alespoň až do stabilizace jeho zdravotního stavu (Popov, In Kalina, 2003).

Popov (In Kalina, 2003) dále uvádí léčbu, kterou nazývá jako *senzitivace*. Jedná se o empiricky podloženou farmakoterapii, která spočívá v podávání preparátů zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Pokud dojde k požití alkoholu po aplikaci senzitivujícího Farmaky, pak následuje výrazná vegetativní reakce organismu, která se projevuje např. kolísáním krevního tlaku, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, nevolnostmi či obtížným dýcháním. Nejčastěji při této formě léčby používá preparát Antabus, který je podáván v optimálním případě po dobu jednoho roku od ukončení základní odvykací léčby. Antabus je pacientům podáván v ordinacích AT dvakrát týdně. Tím se tak zajišťuje nejen kontrola, zda je pacient v pořádku, ale je tak umožněn i

terapeutický kontakt.

3.8.2 Místa, kde se lze obrátit na odbornou pomoc

Stejně jako pro drogově závislé existuje i spousta institucí, které se zabývají léčbou závislosti na alkoholu. Mimo ordinace AT, psychiatrických léčeben či terapeutických komunit, které jsem zmínila v předchozí kapitole, v České republice funguje i několik dalších organizací, které jsou zaměřeny především problematiku s alkoholovými látkami. Tou významnou je svépomocná organizace *anonymních alkoholiků*, která byla založena už v roce 1935 ve Spojených státech amerických (Nešpor, 1995). U nás se první mítink anonymních alkoholiků uskutečnil v roce 1988 v protialkoholické léčebně U Apolináře v Praze 2. Od této doby se tato organizace začala postupně šířit i do dalších měst. V současné době u nás existuje asi 32 skupin anonymních alkoholiků v 18 městech. Anonymní alkoholici jsou společenstvím mužů i žen, kteří tu vzájemně sdílí své zkušenosti, společně tu řeší své problémy a snaží se tak pomoci nejen sobě, ale i druhým (<http://aacesko.sweb.cz>).

Dalšími institucemi, které se na léčbě závislosti na alkoholu podílejí jsou např.:

Protialkoholní a protitoxikomanická oddělení, které poskytují kvalitní služby lidem středního věku závislým na alkoholu či jiných návykových látkách. Řada z nich je ochotna přijímat i pacienty pod 18 let. Pozitivní výsledek léčby vyžaduje většinou intenzivní spolupráci rodiny v léčbě a soustavné doléčování. Mimo to ve většině okresů fungují *ambulance dětské a dorostové psychiatrie* poskytující péči dětem a mládeži do 18 let. To se týká problémů s alkoholem a drogami (Nešpor, 1997).

Dalším místem, kam se mohou lidé obrátit se svým problémem jsou i *stacionáře*, které jsou jakýmsi mezistupněm mezi ambulantní a ústavní léčbou. U nás fungují denní a noční stacionáře, přičemž do denního stacionáře dochází lidé podobně jako do práce či do školy. Léčba tu může probíhat např. od 8 do 16 hodin. Do nočního stacionáře však pacienti přichází večer a až ráno z něho odchází. Tato forma je vhodná např. pro lidi, kteří chtějí po léčbě pracovat, ale nemají kde bydlet (Nešpor, 1995)

4 TABÁK

Tabák stejně jako alkohol je u nás společensky tolerovanou drogou. Patří k návykovým látkám, jejichž účinky se neprojevují až tak rychle a dramaticky jako u ostatních drog (Mühlpachr, 2001).

Tabák pěstovali již Indiáni, kteří však kouřili jen rituálně, což nemuselo znamenat žádná významnější rizika pro jejich zdraví. Do Evropy byl tabák přivezen dvěma námořníky z lodí Kryštofa Kolumba v roce 1492. Dnes je tabák rozšířen po celé planetě a má na člověka zásadní dopad (Králíková, In Kalina, 2003).

Tabák známe nejčastěji ve formě cigarety, dále se na našem trhu setkáváme se šňupací a žvýkací formou tabáku, doutníků či tabáku do dýmek. Tabákový kouř obsahuje na tisíce chemických látek, z nichž 60-100 má rakovinotvornou formu a jedna jediná je návyková – nikotin (Nešpor a kol., 1996). Nikotin je dle Riesela (1999) přímo vzorovou drogou. Definuje ho jako toxický, návykový s psychotropními účinky.

4.1 Typologie kuřáků

Schmidt (In Mühlpachr, 2001) rozlišuje čtyři základní typy kuřáků. Jsou jimi:

- 1) Příležitostný kuřák – kouří jen občas, nepocítuje potřebu si zapálit a pokud se objeví, uspokojí ji, pokud se neobjeví, nic se nestane.
- 2) Návykový kuřák – kouří spíše ze zvyku a není problém kouření bez větší námahy ukončit.
- 3) Kuřák s psychickou závislostí – tento typ kouří na základě požitků, kdy v popředí stojí např. vůně, chuť či kuřácký ceremoniál. Schmidt sem zařazuje i ty, kteří jsou motivováni prožíváním uvolněním, uklidněním či odstraněním pocitu prázdnoty.
- 4) Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí – v popředí vystupují účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro své emoční prožitky. Na tělesnou závislost může upozorňovat např. bušení srdce, návaly pocení, třes nebo neklid po absenci kouření.

4.2 Rizikové skupiny

Ohroženou skupinou, co se kouření týče, jsou děti a mládež školou povinné. Ve srovnání s alkoholem je kouření výraznějším jevem. Cigareta bývá u mnohých vnímána jako symbol

mužnosti a dospělosti. Kouření může být spojováno se školním prospěchem, kde Heller (In Mühlpachr, 2008) uvádí, že čím je prospěch horší, tím více a častěji jsou cigarety kouřeny. Typickými silnými kuřáky bývají nejčastěji chlapci nejvyšší třídy základní školy s mnohdy podprůměrným prospěchem. Mezi děvčaty je více nekuřáček než mezi chlapci. U chlapců je také více slabých kuřáků, kteří vytváří základnu pro další vývoj a s postupnými ročníky narůstá množství kuřáků i počet vykouřených cigaret. Co se týče návykového kouření, lze se s ním setkat už u chlapců 8. tříd (Mühlpachr, 2008).

Návyk na kouření může vycházet mimo jiné také z rodinného prostředí, pokud tam rodiče denně kouří. Dítě si nemůže nevšimnout toho, že při kouření vypadají rodiče zklidněně a uspokojeně, nevidí tak důvod, proč by to nezkusil také (Riesel, 1999).

4.3 Rizika kouření

Kouření s sebou nese spoustu závažných rizik a následků. Můžeme zmínit např. chronický zánět průdušek, choroby srdce a cév, nemoci zažívacího traktu nebo nádorová onemocnění (Nešpor, 1996).

Drogový informační server (DIS) uvádí, že nemoci z kouření způsobují mnohem více předčasných úmrtí než například dopravní nehody, sebevraždy, zločiny, užívání nelegálních drog a AIDS dohromady. Jednou z nejzávažnějších chorob, která má souvislost s kouřením, je rakovina plic. Dalším vážným onemocněním je podle tohoto serveru rozedma plic, kdy se zužují plicní cévy, které jsou poškozené a část plicní tkáně je zničená. U žen může být ohrožena plodnost, průběh těhotenství a také zdraví novorozence. Tvrdí se tu, že kouření může způsobit větší riziko spontánního potratu a nižší porodní váhu novorozenců, což vede k oslabení dítěte apod. U mužů může být ovlivněna potence. Mimo kuřáky má kouř negativní vliv i na nekuřáky (tzv. pasivní kuřáci), kteří jsou nuceni dýchat vzduch obohacený cigaretovým kouřem (<http://www.drogy.net>).

Králíková (In Kalina, 2003) uvádí procentuální podíl kouření ve třech skupinách onemocnění, kdy u kardiovaskulárních se tento podíl pohybuje mezi 20 – 25%, u nádorových onemocnění činí asi 30% a u chronických plicních onemocnění zhruba 75%. Dále uvádí, že nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je infarkt myokardu.

4.4 Znamky poukazující na kouření

4.4.1 Brzké známky

Pro kouření je typický zápach z úst, u začínajících kuřáků to může být navíc i bledost, studený pot, nevolnosti, zvracení bolesti hlavy či pokleslá nálada. Zornice bývají nejdříve zúženy, později pak rozšířeny (Nešpor, 1997).

4.4.2 Pozdní známky

Častým kouřením dochází k zežloutnutí prstů od cigaret, kašel, snížení tělesné výkonnosti, bolesti žaludku, srdeční obtíže, u mužů středních let hrozí impotence, u těhotných žen pak riziko poškození dítěte. Dále se vyznačuje např. nepříznivými účinky na pokožku obličeje, kdy pleť rychleji stárne, nebo alergií na složky tabákového kouře a astma (Nešpor, 1997).

4.5 Preventivní opatření

Co se týče preventivních opatření vůči kouření, jsou stejného charakteru jako u problematiky alkoholu a dalších drog. Proto se v této části zmíním jen o pár dalších činnostech, které budou varovat před riziky kouření a pomohou dětem vytvořit si svůj vlastní názor na to, zda je kouření pro ně to, co opravdu sami chtějí nebo se spíše nechávají strhnout současnými „trendy“.

V prevenci kouření hrají velmi podstatnou roli rodiče, kteří by měli ve svém dítěti pěstovat zdravý životní styl a jít jim sami ku příkladu, tzn. pokud rodiče sami kouří, neměli by před dětmi kouřit pokud jsou jim nablízku a také před nimi cigarety schovávat. Mimo to je důležité, aby si rodiče s dětmi o této problematice promluvili a to při první vhodné příležitosti (<http://www.bezcigaret.cz>).

Ve škole se prevence ve většině případů řeší tak, že je v celém areálu školy kouření zakázáno. Aby žáci brali zákaz vážně, měli by tyto podmínky dodržovat i samotní zaměstnanci školy. Je třeba mít na zřeteli, že zvláště malé děti napodobují dospělé a pokud oni tento zákaz nerespektují, pak to budou vnímat jako nespravedlnost vůči nim a zákaz tak budou nějakým způsobem obcházet. Dále je vhodné začlenit prevenci kouření do výuky, v níž se krátce probere škodlivost a dopady kouření na zdraví člověka, pořádat odborně vedené preventivní programy nebo se zúčastňovat různých aktivit, které podporují zdravý

vývoj dětí. Škola může vyhlásit různé soutěže či programy, které budou třeba jen jednorázového či dlouhodobého charakteru, do kterých se může zapojit i více škol či samotní rodiče. Aby škola mohla dobře bojovat s kuřáctvím, měla by mít i přehled o kouření na své škole a situaci následně vyřešit, např. tím, že posílí prevenci ve třídě, kde se toto rizikové chování objevilo nebo objednat preventivní program apod. Není ojedinělé, že spousta dětí kouří nejvíce při potulování se po ulicích s nějakou partou. Proto by bylo vhodné, kdyby škola nabízela různé zájmové kroužky, kterými by mladí smysluplně vyplnili svůj volný čas apod. (<http://www.bezcigaret.cz>).

4.6 Léčba závislosti na tabáku

„Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek“ (Králíková, In Kalina, 2003).

Kuřák by měl sám dojít k tomu, že chce přestat kouřit a učinit k tomu i patřičné kroky, jakými může být např. psychobehaviorální intervence či farmakologická léčba, kterou uvádí Kráčíková (In Kalina, 2003).

4.6.1 Psychobehaviorální intervence

Léčba v psychobehaviorální intervenci spočívá v rozbíjení zažitých stereotypů, vazeb určité situace na kouření cigarety. Využívá se jí zvláště pokud je jedinec závislý na tom mít tu cigaretu v ruce, pohrávat si s ní jako s věcí, předmětem. Její chemické složení tu přitom nehraje žádnou roli. Zjišťuje se tu, kdy jedinec nejčastěji kouří a na základě toho se mu pak doporučuje připravit si dopředu nějakou náhradní činnost. Situace, při kterých jsou jedinci zvyklí kouřit, jsou zcela individuální, opakují se však např. cigarety u kávy nebo po jídle. V těchto situacích se doporučuje stereotypní činnost narušit něčím novým, co by jedince odvedlo od času přemýšlet nad kouřením. Není možné kuřákům nadiktovat jednotlivé činnosti, které by jim v překonávání návyku pomohli, ale je třeba je stimulovat, aby se je snažili najít sami a začali se jimi řídit (Kráčíková, In Kalina, 2003).

4.6.2 Farmakologická léčba

Mimo různých přípravků, které jsou svým účinkem srovnatelné s placebem, je účinná především náhradní terapie nikotinem a bupropion (Zyban, antidepressivum).

4.6.2.1 *Náhradní terapie nikotinem (NTN)*

Náhradní terapie nikotinem je na našem trhu ve formě žvýkaček, náplastí nebo inhalátoru s nikotinem. Všechny tyto produkty jsou volně prodejné v lékárnách, zdravotní pojišťovny na ně nepřispívají. Je třeba podotknout, že se nejedná o lék proti kouření, ale proti vzniku abstinčních příznaků (Králíková, In Kalina, 2003).

4.6.2.2 *Bupropion (Zyban)*

Bupropion patří k zatím k neúčinnějším lékům závislosti na tabáku. Jeho začátky jsou spojovány s lékaři, kteří vedli léčbu antidepressivem Wellbutrin a zjistili, že po užívání této látky jejich pacienti cigarety houfně zahazují a že už jim samotné kouření nepřináší žádné uspokojení. Stejná látka pak byla pod názvem Zyban registrována jako lék závislosti na tabáku. V České republice je Zyban možné získat od roku 2001 a to pouze na lékařský předpis (Králíková, In Kalina, 2003).

4.7 **Místa, kde se lze obrátit na odbornou pomoc**

V České republice se o pomoc při odvykání kouření mohou lidé obrátit např. na *praktického* či jiného *ošetřujícího lékaře*, který by jim měl poskytnout základní informace. Mimo to existuje telefonní *Linka pro odvykání kouření* (tel.: 844 600 500), kde odborní konzultanti zodpovídají dotazy týkající se této problematiky. Jestliže je třeba intenzivnější pomoci, pak se lidé mohou obracet buď na *Centra léčby závislosti na tabáku*, která se zaměřují více na léčbu pacientů se silně rozvinutou fyzickou závislostí, nebo *Poradny pro odvykání kouření*, které poskytují spíše konzultační činnost (<http://www.dokurte.cz>).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PROJEKT REALIZOVANÉHO VÝZKUMU

Praktická část mé diplomové práce se zaměřuje na průzkum postojů prostějovských středoškolských studentů k problematice drog a to jak alkoholových, tak i nealkoholových. Jako vhodný typ výzkumu jsem si zvolila kvantitativní typ výzkumu, neboť oproti kvalitativnímu výzkumu umožňuje pracovat s širším počtem respondentů.

5.1 Představení města, v němž byl výzkum prováděn

Svůj výzkum jsem realizovala ve městě Prostějov, které je jedním z okresních měst v Olomouckém kraji a nachází se v severní části Hornomoravského úvalu, východně od Dražanské vrchoviny. K únoru 2008 se počet obyvatel pohyboval toto kolem 46 280 obyvatel (<http://cs.wikipedia.org>).

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala právě oblast Prostějovska, byl fakt, že odtud pocházím. Dalším důvodem byl rozhovor s jedním z terénních pracovníků K-centra, který mi o dané problematice povyprávěl a nabídl možnost spolupráce, přičemž to mě přesvědčilo provést průzkum právě tady.

5.2 Postup výzkumu

5.2.1 Výzkumné problémy

Hlavní výzkumný problém:

Jaký postoj zaujímá k drogové problematice současná prostějovská mládež?

Dílčí výzkumné problémy:

Jak se staví studenti SŠ k alkoholovým i nealkoholovým drogám?

Co je dle mínění studentů SŠ důvodem pro užívání alkoholových i nealkoholových drog?

Jaký postoj zaujímají studenti SŠ k reklamám na alkoholové a tabákové výrobky?

Jaký postoj zaujímají studenti SŠ k informovanosti mládeže o drogové problematice?

5.2.2 Výzkumné otázky

- Mají studenti SŠ vlastní zkušenosti s konzumací návykových látek? Užívají tyto látky nejčastěji muži nebo naopak ženy? Jsou uživateli spíše mladší studenti, kteří

ještě nedovršili plnoletosti nebo naopak právě již ti plnoletí?

- Zaujímají studenti SŠ spíše negativní nebo pozitivní postoj k reklamám obsahující tematiku návykových látek?
- Myslí si, že je současná mládež dostatečně informována o drogové problematice? Nebo by uvítala, kdyby této problematice bylo věnováno ještě více prostoru?
- Kdo jim nejčastěji předává tyto informace? Zaujímá první místo škola, rodiče či masové prostředky, jako internet, tisk nebo televize?

5.2.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit názory a postoje prostějovské mládeže, konkrétně studentů středních škol, k problematice drog. Vyhodnotit získaná výsledná data, která mi z výzkumu vyplynou a na jejich základě, tam kde bude třeba navrhnout určitá doporučení.

5.2.4 Druh výzkumu

Jak jsem uvedla na začátku praktické části diplomové práce, vybrala jsem kvantitativní typ výzkumu.

Jedná se o strukturovaný výzkumný přístup, který se opírá o vymezení měřitelných proměnných. Tento typ výzkumu se uplatňuje zejména v přírodních vědách, medicíně či technických oborech včetně pedagogických. (Maňák, Švec, 2004)

„Cílem výzkumu je objasňování jevů na základě vědecké teorie, ověřování z ní odvozených hypotéz a formulování zákonitostí,“ jak uvádí (Maňák, Švec, 2005, str. 56).

Výsledky v kvantitativním typu výzkumu můžeme zobecnit ze zkoumaného vzorku na celou populaci (Maňák, Švec, 2005).

5.2.5 Proměnné

Postoje

W. James definuje postoje jako „*specificky lidské faktory zaměřující se svou hodnotící složkou chování individua vůči danému objektu kladným či záporným směrem. Jsou to tendence reagovat v sociálním prostředí na danou hodnotu určitým způsobem, ovlivňují rozhodování na všech úrovních jeho uplatnění a přispívají k vyvolání či eliminaci určitého*

motivů Jsou prostředkem orientace člověka v mnohoznačném sociálním prostředí.
(www.cojeco.cz).

Drogová problematika

Droga – v češtině má tento pojem dva významy:

- droga jako léčivo – *„usušené nebo jinak konzervované rostliny, živočichové, jejich části nebo produkty jejich metabolismu, sloužící jako léčivo nebo k podobným účelům* (<http://cs.wikipedia.org>).“
- droga jako psychotropní látka – *„zdraví škodlivé látky ovlivňující psychiku, zpravidla návykové a vesměs nelegální nebo státem omezené* (<http://cs.wikipedia.org>).“

Problematika – *„soubor nebo také jinak oblast, okruh určitých problémů* (Klimeš, 1998, str. 607).“

Mládež – *„mladí lidé ve věku od 15 do 25 (příp. 26) let* (<http://mujweb.cz>).“

5.2.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří 150 studentů prostějovských středních škol ve věku od 16 do 19 let. Zvolila jsem dostupný (příležitostný, účelový) výběr, kdy jsem oslovovala studenty v okolí různých typů středních škol v Prostějově. Tímto tak byla i návratnost dotazníků stoprocentní.

5.2.7 Metody výzkumu

Ke sběru dat jsem použila dotazník, který je dle mého názoru nejvhodnější metodou pro získávání většího množství dat. *„Je to metodický nástroj výzkumu, resp. průzkumu k hromadnému a poměrně rychlému zjišťování informací o osobních znalostech, postojích k aktuální nebo potenciální skutečnosti a hodnotových preferencích metodou písemného dotazování* (Maňák, Švec, 2005, str. 20).“

5.2.8 Způsob zpracování dat

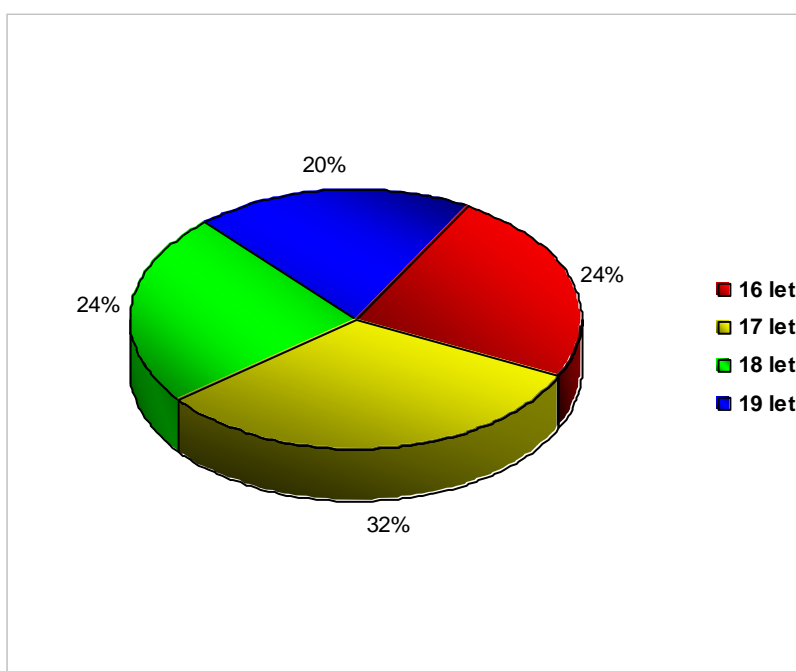
Dotazník jsem rozdělila do čtyř částí, ve kterých jsem se zabývala obecnými údaji, zvláště otázkami drog, alkoholu a kouření.

Každou otázku jsem zvlášť zanalyzovala, přičemž jsem u většiny otázek aplikovala četnosti odpovědí, případně procenta.

5.3 Vyhodnocení výzkumu prováděného se studenty SŠ v Prostějově

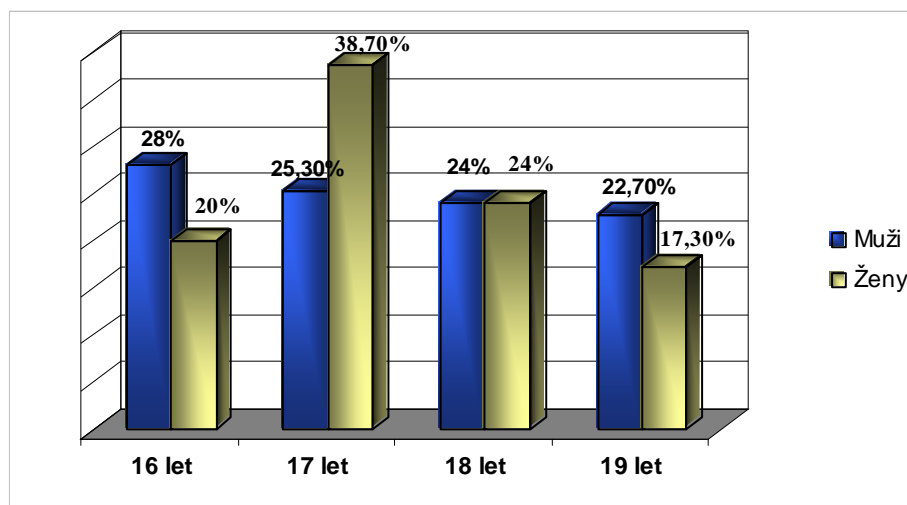
5.3.1 Obecné údaje

Celkem bylo vyplněno a odevzdáno 150 dotazníků, přičemž 50 % tvořili muži a 50% ženy.



Graf č. 1 – Celkový počet respondentů

Graf č. 1 ukazuje celkové zastoupení dotazovaných respondentů z hlediska jejich věku. Z celkových 150 dotazovaných odpovídalo na otázky 24 % šestnáctiletých studentů, 32% sedmnáctiletých studentů, 24 % osmnáctiletých studentů a 20 % devatenáctiletých studentů.

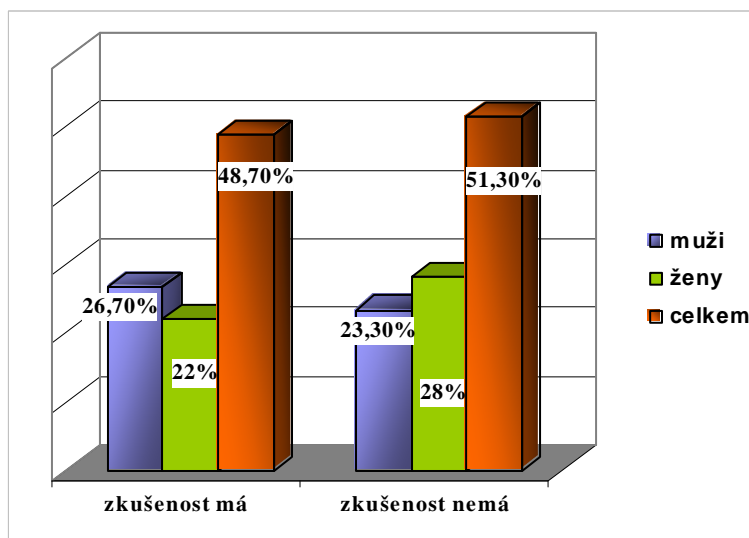


Graf č. 2 – Počet respondentů vzhledem k pohlaví a věku

Z grafu č. 2 vyplývá, že se průzkumu zúčastnilo 28% mužů a 20 % žen ve věku 16-ti let, ve věku 17-ti let to bylo 25,3 % mužů a 38,7 % žen, 24% ve věku 18-ti let odpovídal náhodně stejný počet mužů i žen, z devatenáctiletých respondentů pak dotazník vyplnilo 22,7 % mužů a 17,3 % žen.

5.3.2 Drogy

Otázka č. 1: Máte osobní zkušenost s užíváním nelegálních (zakázaných) drog? Výsledné odpovědi respondentů jsou zaznamenány v následujícím grafu č. 3.



Graf č. 3 – Zkušenost s užíváním nelegálních drog

V grafu č. 3 zjišťujeme, že zkušenost s užíváním nelegálních drog má celkem 48,7 %,

z toho 26,7 % mužů a 22 % žen. Naopak nikdy žádnou z nelegálních drog nezkusilo 51,3 % dotázaných, tedy 23,3 % mužů a 28% žen.

Z hlediska pohlaví a věku pak můžeme pozorovat následující četnosti odpovědí.

Tabulka č. 1 - Zkušenost s užíváním nelegálních drog vzhledem k pohlaví a věku

	16 let		17 let		18 let		19 let	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
zkušenost má	12	9	11	10	8	8	9	6
zkušenost nemá	9	6	8	19	10	10	8	7

U této otázky jsem předpokládala, že budou mezi muži a ženami v otázce užívání nelegálních drog výraznější rozdíly, tedy že muži budou mít s nelegálními drogami mnohem větší zkušenosti než ženy, to se však nepotvrdilo. Zkušenosti se liší max. o tři hlasy, což je dle mého názoru velmi zanedbatelný počet. Snad u mladistvých ve věku 17-ti let můžeme pozorovat větší rozdíl u mužů a žen, které zkušenost s užíváním nelegálních drog nemají. Tam ženy převyšují o 11 hlasů nad muži.

Otázka č. 2: Kterou z uvedených drog jste vyzkoušeli? Respondenti mohli vybrat z nabízených možností, přičemž mohli označit libovolný počet odpovědí. Výsledky uvádím v následující tabulce od nejvíce frekventované odpovědi až po tu méně častou.

Tabulka č. 2 – Zkušenosti s konkrétním druhem nelegálních drog

	Muži	Ženy	Četnost celkem
žádnou	35	42	77
marihuana	40	33	73
hašiš	10	5	15
LSD, „houbičky“ a jiné halucinogeny	10	4	14
toluen a jiné těkavé látky	5	2	7
pervitin	5	1	6
extáze a jiné „taneční“ drogy	3	2	5

Vyhodnocení odpovědí respondentů: 77 dotázaných na danou otázku odpovědělo, že žádnou z uvedených drog ani jinou nezkusili. 73 respondentů alespoň jednou v životě

zkusilo marihuanu, 15 respondentů hašiš, 14 LSD a jiné halucinogenní drogy. Z dalších uvedených drog je užila jen menší část dotazovaných.

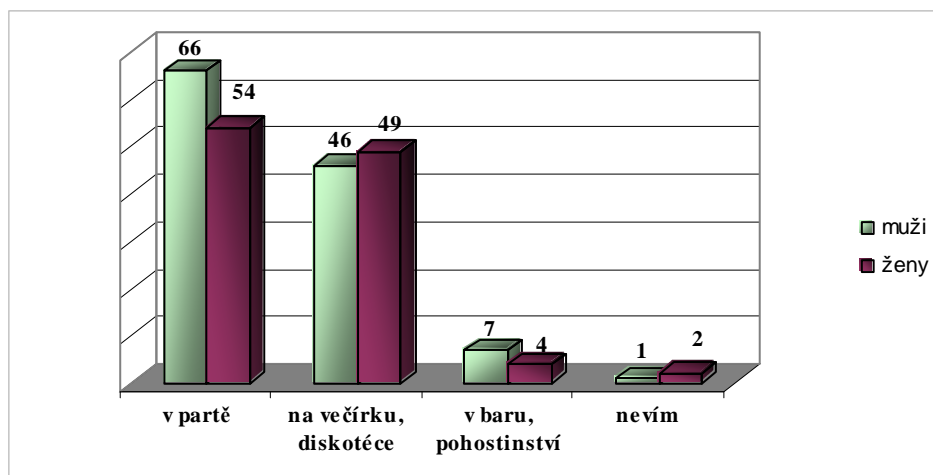
Otázka č. 3: Proč si myslíte, že lidé nejčastěji užívají drogy? S odpověďmi na tuto otázku se můžeme seznámit v následující tabulce, kde jsou zaznamenány četnosti jednotlivých odpovědí. Respondenti mohli zatrhnout libovolný počet odpovědí.

Tabulka č. 3 - Důvody užívání nelegálních drog

	muži	ženy	Četnost celkem
chtějí vyzkoušet něco nového (experimentují)	53	54	107
chtějí vyřešit nějaký problém	32	35	67
z nudy	31	27	58
chtějí si zlepšit náladu	31	21	52
chtějí obstát před druhými	24	23	47
chtějí na sebe upozornit	18	11	29
jiné důvody (uveďte)	0	2	2

Z výše uvedené tabulky č. 3 vyplývá, že tím nejzásadnějším důvodem, proč lidé nejčastěji užívají drogy, je experimentování, tedy to, že chtějí vyzkoušet něco nového. Toto si myslí celkem 107 dotazovaných. To, že tímto způsobem může někdo vyřešit svůj problém si myslí 67 dotazovaných, 58 z nich si myslí, že důvodem může být nuda nebo si dle 52 dotazovaných chtějí zlepšit náladu.

Otázka č. 4: Kde se podle vás nejčastěji mladí lidé dostávají do kontaktu s nelegálními drogami? Respondenti mohli vybírat z nabízených možností libovolný počet odpovědí. Ty nejvíce zastoupené jsou zaznamenány v následujícím grafu č. 4.



Graf č. 4 – Místo kontaktu s drogou

Z grafu č. 4 vyplývá, že se mladí lidé, dle mínění dotazovaných, nejčastěji dostávají do kontaktu s nelegálními drogami v partě. Konkrétně si toto myslí 66 dotazovaných mužů a 54 dotazovaných žen. Druhým početně zastoupeným místem jsou večírky a diskotéky, které označilo 46 mužů a 49 žen. V menší míře se pak s nelegálními drogami můžeme dle sedmi mužů a čtyř žen setkávat v barech a pohostinstvích. Pouze 3 studenti odpověděli, že neví.

Otázka č. 5: Který zdroj informací o drogové problematice vás nejvíce ovlivňuje? V následující tabulce jsou zaznamenány četnosti odpovědí od nejčastější po méně častou. Respondenti v této otázce mohli označit více odpovědí.

Tabulka č. 4 – Informační zdroje v drogové problematice

	muži	ženy	četnost celkem
škola	42	40	82
internet	25	35	60
přátelé	26	27	53
rodiče	9	12	21
odborná literatura	4	7	11

V tabulce č. 4 pozorujeme, že největší pozornost drogové problematice věnují především školy. 82 respondentů uvádí, že právě škola je v této problematice informuje nejvíce, což jsem předpokládala. Dalším významným zdrojem informací je internet, který uvedlo 60 dotázaných. Naopak menší podíl v rámci informací zaujímají rodiče, jež uvedlo pouze 21 respondentů a odborná literatura s 11 hlasy.

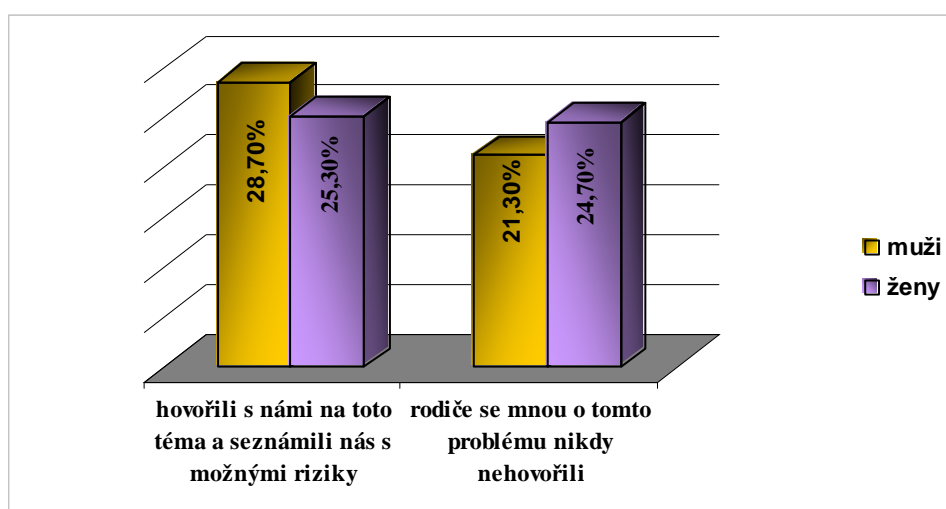
Otázka č. 6: Která z následujících aktivit by vás v rámci prevence zaujala? Dotazovaní vybírali z nabízených možností. Zatrhnout mohli i více odpovědí, přičemž jim byl poskytnut prostor pro vlastní návrhy. Nikdo se však nevyjádřil.

Tabulka č. 5 – Aktivity v rámci prevence

	muži	ženy	četnost celkem
beseda s vyléčeným narkomanem	39	57	96
film o dané problematice	31	16	47
beseda s lektorem, psychologem	14	14	28

V tabulce č. 5 pozorujeme, že by dotázaní studenti dali přednost besedě s vyléčeným narkomanem a to v 96 případech. Shlédnout film o dané problematice by stačilo 47 respondentům a beseda s lektorem či psychologem orientujícím se v této problematice by zaujala 28 studentů.

Otázka č. 7: Jaký postoj mají k prevenci vaši rodiče? Odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 5.

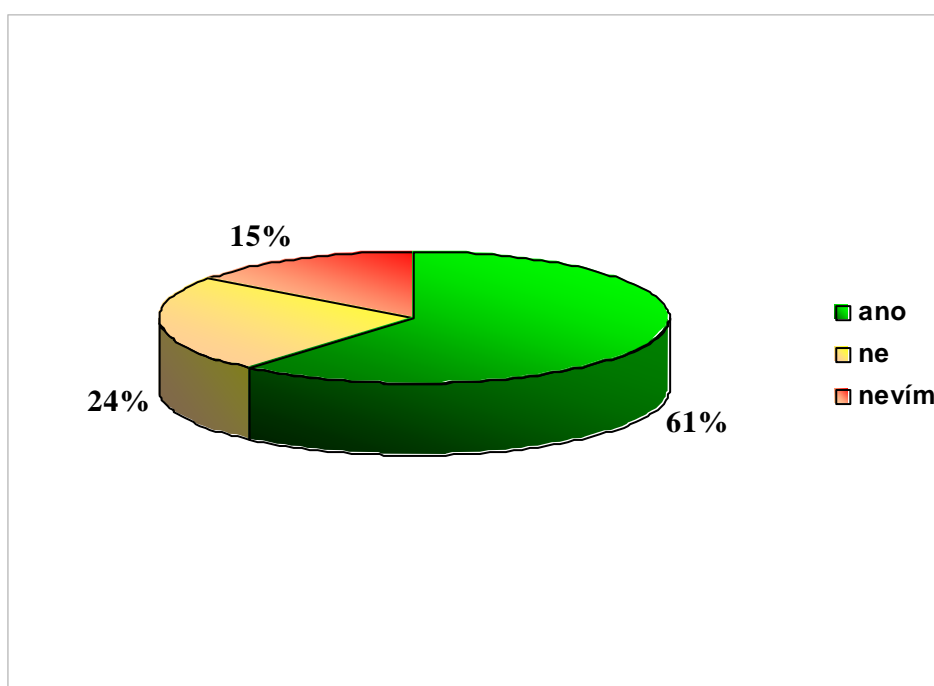


Graf č. 5 – Postoj rodičů k prevenci vůči nelegálním drogám

Z grafu vyplývá, že s respondenty na téma drog hovořilo celkem 54 % rodičů, přičemž jsem tak vysokou četnost nepředpokládala. Navíc můžeme sledovat větší procento u mužů. Dalších 46 % studentů přiznalo, že na toto téma s rodiči nikdy z jakýchkoliv důvodů nemluví.

Otázka č. 8: Myslíte si, že je současná mládež dostatečně informována o rizicích drog?

V následujícím grafu č. 6 můžeme pozorovat tyto celkové odpovědi.

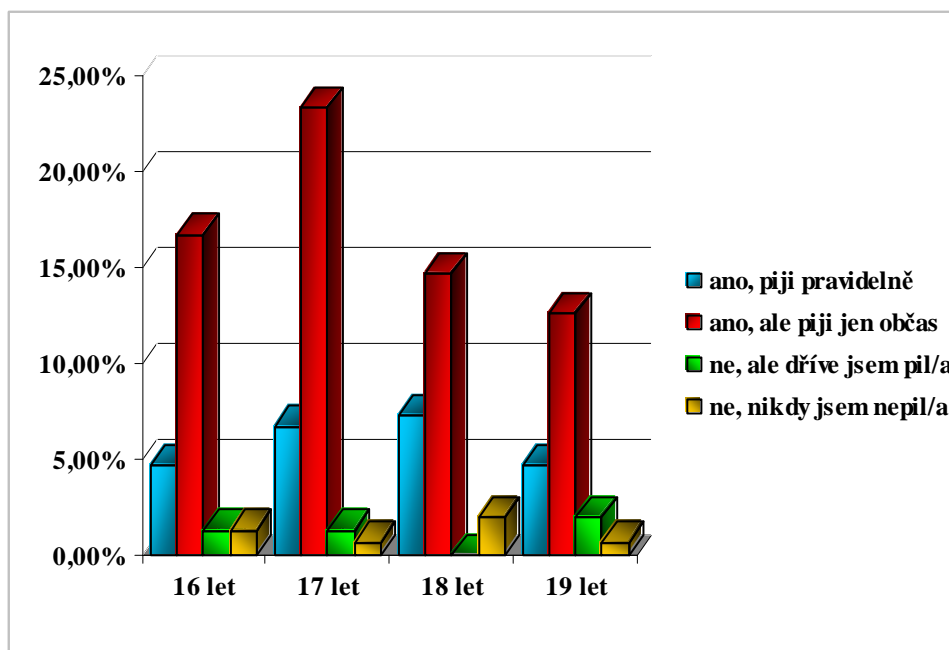


Graf č. 6 – Informovanost mládeže

Vyhodnocení grafu č. 6: Z grafu jednoznačně vyplývá, že je drogové problematice v současné době věnována dostatečná pozornost a to v celkové míře 61 %. Pouhých 24 % zúčastněných si myslí, že tomu tak není a tudíž z toho vyplývá, že by drogám mohla být věnováno více prostoru, 15% respondentů uvedlo, že neví.

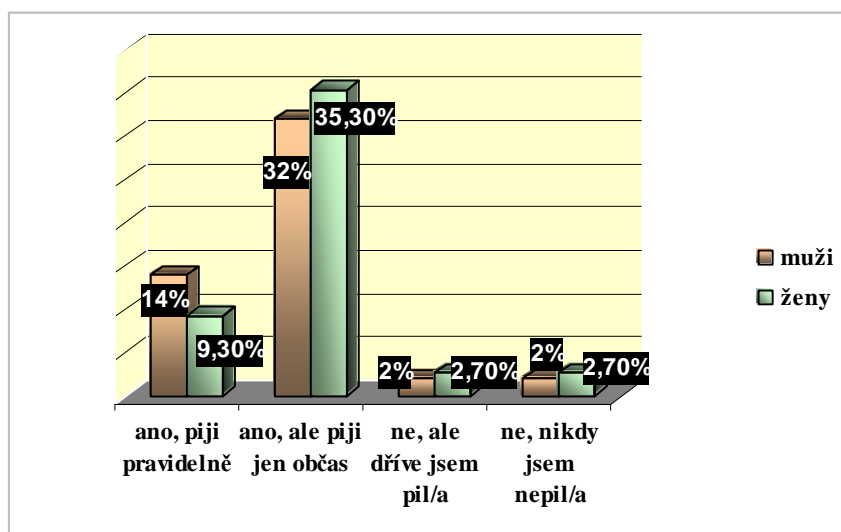
5.3.3 Alkohol

Otázka č. 9: Máte zkušenost s pitím alkoholických nápojů? V grafech č. 7 a č. 8 se můžeme seznámit s danými výsledky a to jak z hlediska věku, tak i pohlaví.



Graf č. 7 – Zkušenost s alkoholickými nápoji vzhledem k věku

Analýzou grafu č. 7 zjišťujeme vysoké procento pití alkoholových nápojů zejména u respondentů, kteří dosud nedovršili věku 18 let. Konkrétně alkohol pije pravidelně 4,7 % šestnáctiletých, 6,7 % sedmnáctiletých, 7,3 % osmnáctiletých a 4,7 % devatenáctiletých respondentů. Nejvíce odpovědí bylo zaznamenáno v otázce občasného pití alkoholu. Zde se k této otázce otevřeně přihlásilo v kategorii 16-ti let 16,7 % respondentů a v kategorii 17-ti let 23,3 % respondentů. Tito ještě neplnoletí respondenti tak o téměř celých 13% převyšují i pití alkoholu již u plnoletých respondentů, kdy v kategorii 18-let má zkušenost s občasným pitím alkoholu 14,7 % a v kategorii 19 let 12,6 %. Z dotazovaných pak alkohol v každé kategorii nepije 1 % - 2 %.



Graf č. 8 – Zkušenost s alkoholickými nápoji vzhledem pohlaví

Z grafu č. 8 pak jednoznačně vyplývá, že muži i ženy pijí alkohol ve větší míře jen občas, přičemž se výsledky u obou pohlaví nijak výrazně neodlišují. U mužů tyto hodnoty činí 32 %, u žen jsou pak hodnoty o 3 % vyšší. Pravidelně pije 14 % mužů a o necelých 5 % méně z dotazovaných žen. Jen malá procenta otazovaných uvádí, že s alkoholem zkušenost mají, ale už nepijí nebo nikdy nepili.

Otázka č. 10: Jaké alkoholové nápoje pijete? V následující tabulce jsou zaznamenány četnosti jednotlivých odpovědí respondentů. Ti mohli vybírat z nabízených možností a zatrhnout více než jednu odpověď.

Tabulka č. 6 – Alkoholové nápoje

	muži	ženy	četnost celkem
pivo	64	30	94
víno	31	53	84
tvrdé alkoholové nápoje nad 20 %	50	25	75
tvrdé alkoholové nápoje do 20 %	35	33	68
nepijí žádné	6	8	14

Vyhodnocení tabulky č. 6: Nejčastějším alkoholovým nápojem, které respondenti označili bylo pivo a to v 94 případech. Druhým nejčastějším alkoholovým nápojem je víno, které označilo celkem 84 respondentů. 75 studentů pak zatrhló pití tvrdých alkoholových nápojů nad 20 % a 68 studentů pije alkoholové nápoje pod 20%. Žádné nepije pouze 14 z

dotázaných.

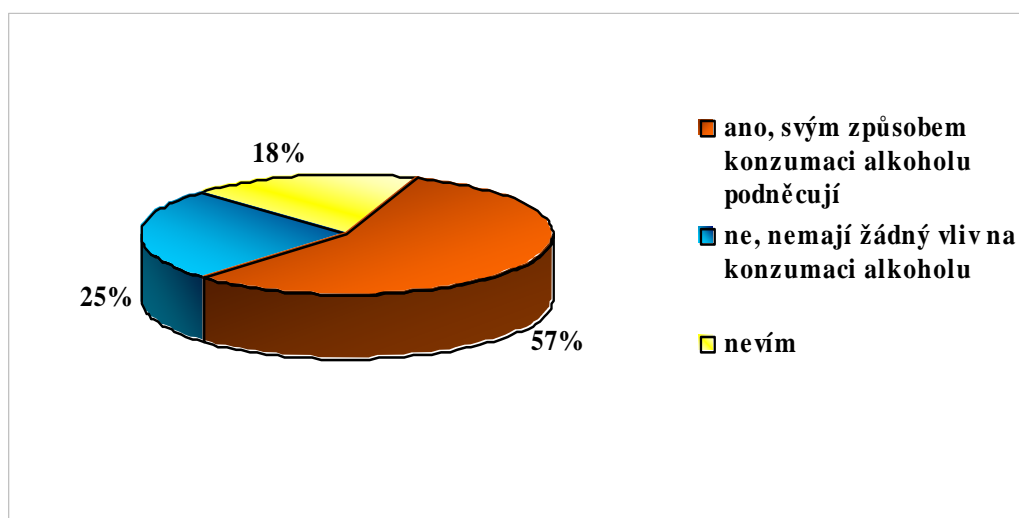
Otázka č. 11: Co je podle vás důvodem pro pití alkoholu? V tabulce č. 7 jsou zaznamenány odpovědi respondentů a to od nejpočetnějších odpovědí až po tu méně početnou. Respondenti v této otázce vybírali z několika možností, přičemž zahrávali libovolný počet otázek.

Tabulka č. 7 - Důvody pro pití alkoholu

	muži	ženy	četnost celkem
relaxace, odpočinek	62	48	110
útěk od problémů	35	32	67
lidé chtějí zapadnout do party	32	20	52
z nudy	20	11	31
experimentální důvody	10	21	31
lidé chtějí na sebe upozornit	11	5	16
jiné důvody (uveďte)	1	4	5

Analýza tabulky č.7 podává obraz o mínění dotazovaných na téma důvodů pro pití alkoholických nápojů. Překvapilo mě, že naprostá většina vnímá alkohol jako prostředek relaxace a odpočinku a to až v 110 případech. V 67 případech slouží alkohol k útekům od problémů. Pro 52 dotazovaných je důvodem pro pití alkoholu fakt, že jinak nezapadnou do party.

Otázka č. 12: *Myslíte si, že reklamní spoty mají vliv na konzumaci alkoholu?* V následujícím grafu č. 9 jsem dospěla k následujícím výsledkům.



Graf č. 9 – Vliv reklam na konzumaci alkoholu

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že větší část dotazovaných a to 57 % si myslí, že reklamní spoty svým způsobem podněcují konzumaci alkoholu. Oproti tomuto celkových 25 % míní, že reklama nemá žádný vliv na pití alkoholických nápojů. 18 % respondentů v otázce vlivu reklam na konzumaci alkoholu odpověděli, že neví.

Otázka č. 13: *Myslíte si, že jsou mladí lidé dostatečně informováni o problematice alkoholu?* Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se budou odpovědi na ni, výrazněji odlišovat od otázky informovanosti mládeže o problematice drog. Výsledky uvádím v následující tabulce č. 8.

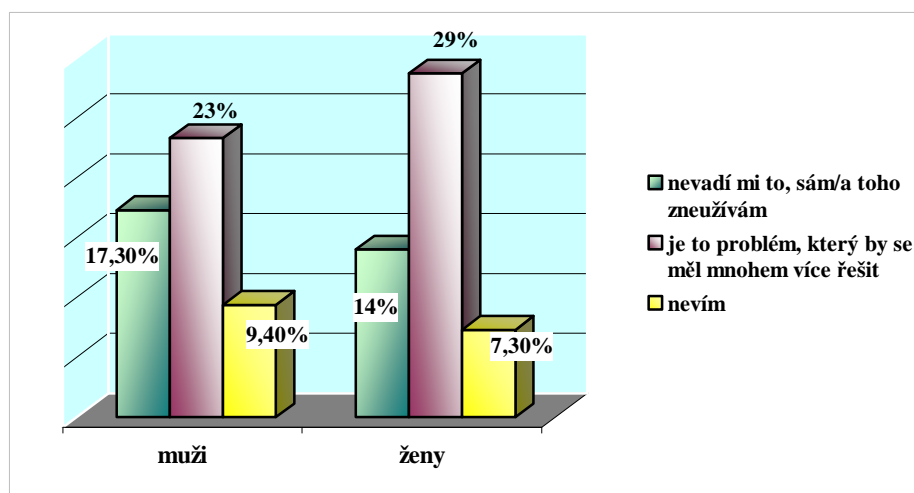
Tabulka č. 8 – Informovanost mladých lidí o problematice alkoholu

	muži	ženy	celkem %
ano, této problematice je věnována dostatečná pozornost	16%	14%	30
ano, ale mohlo by se před riziky alkoholu varovat mnohem více	26%	30%	56
ne, společnost není dostatečně informována o problematice alkoholu	8%	6%	14

Z tabulky jednoznačně vyplývá, že podobně jako drogám je i problematice alkoholu věnována dostatečná pozornost, z čehož můžeme usuzovat z celkových 86 % odpovědí respondentů. Avšak 56 % z nich si myslí, že by se této problematice mělo věnovat více

prostoru, zejména jeho rizikům. Pouhých 14 % oslovených se vyslovilo o nedostatečném podávání informací v této oblasti.

Otázka č. 14: Co si myslíte o prodeji alkoholových výrobků mladistvím? Výsledné odpovědi jsou zaznamenány v následujícím grafu č. 10.



Graf č. 10 – Mínění o prodeji alkoholových výrobků mladistvím

Graf č. 10 nám ukazuje procentuální zastoupení mužů a žen v otázce prodeje alkoholových nápojů mladistvím. Celkem 31,3 % mužů a žen uvedlo, že jim to vůbec nevadí, jelikož toho sami využívají. Problém v tom vidí 52 procent celkových dotázaných a souhlasí s tím, že by se měl tento problém mnohem více řešit. 16,7 % respondentů využilo možnosti neutrální odpovědi a zadrželo odpověď nevím.

Otázka č. 15: Kde získáváte nejvíce informací o problematice alkoholu? V tabulce č. 7 se můžeme seznámit s četnostmi odpovědí na danou otázku. Respondentům bylo i v této otázce označit více variant odpovědí.

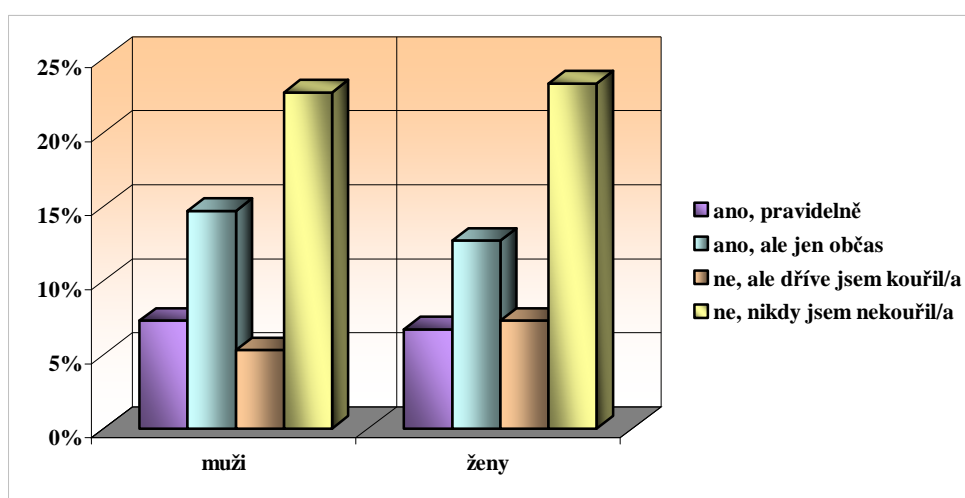
Tabulka č. 9 – Zdroj informací o problematice alkoholu

	muži	ženy	celková četnost
z médií (TV, rozhlas, internet)	48	46	94
ve škole	32	29	61
od rodičů	16	27	43
z odborné literatury	2	3	5
od odborníků na drogovou problematiku	2	2	4
jiné (uved'te)	0	2	2

Nejčastější označenou odpovědí v otázce zdroje informací o alkoholu byla jednoznačně média, pro kterou se rozhodlo 94 respondentů. Druhým významným zdrojem informací byla škola s 61 hlasy a rodiče s 41 hlasy. Překvapilo mě, že odborné pracovníky v této oblasti označili pouze 4 respondenti, zde jsem očekávala mnohem větší četnost odpovědí.

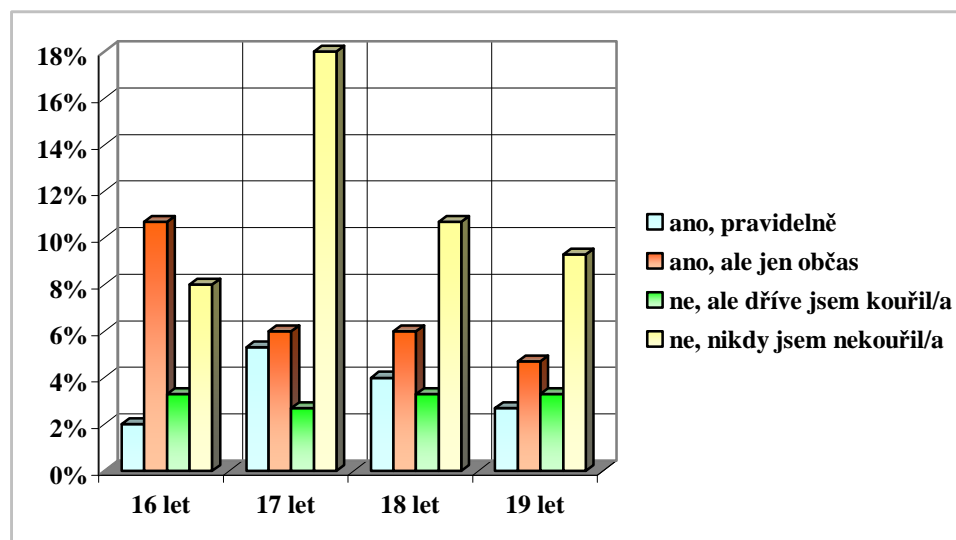
5.3.4 Kouření

Otázka č. 16: Kouříte? Graf č. 11 a č. 12 nás odkazuje na výsledky v otázce kouření vzhledem k věku a pohlaví respondentů.



Graf č. 11 – Četnost kouření mužů a žen

Výsledné odpovědi respondentů: Pravidelně kouří 14% mužů a žen, přičemž v kategorii mužů to činí 7,3 % a u žen 6,7 %. Jen občas kouří 14,7 % mužů a 12,4 % žen. Dříve kouřilo necelých 13 % dotazovaných, z nichž mužů již nekouří 5,3 % a z 7,3 %. Za povšimnutí stojí poslední sloupec grafu, který nám ukazuje, že 46 % respondentů nikdy nekouřilo. U mužů i žen jsou tyto hodnoty téměř vyrovnané a jednotlivě činí 22,7 % muži a 23,3 % ženy.



Graf č. 12 – Četnost kouření vzhledem k věku

Analýzou grafu č. 12 zjišťujeme, že šestnáctiletí respondenti kouří spíše jen občas a to v 10,7 %, naopak nikdy nekouřilo 8% z nich. U sedmnáctiletých studentů stojí za povšimnutí čtvrtý sloupek, který nám ukazuje, že nikdy nekouřilo 18 % z nich, na druhém místě bylo občasné kouření a to u 6 %. Stejně tak jsou vyšší hodnoty i u osmnáctiletých respondentů, kdy si nikdy „nezapálilo“ 10,7 % z nich a občas jen 6 %. U devatenáctiletých studentů se hodnoty nijak výrazně neliší. Nikdy nekouřilo 9,3 % dotazovaných a druhá nejčastější odpověď (občasné kouření) činí 4,7 %.

Otázka 17: Co kouříte? Respondenti měli na výběr z několika možností, přičemž jim byl ponechán prostor pro další možné odpovědi, z nichž žádný z nich této možnosti nevyužil. Zatrhnout mohli více než jednu odpověď. Výsledné odpovědi se nachází v tabulce č. 10.

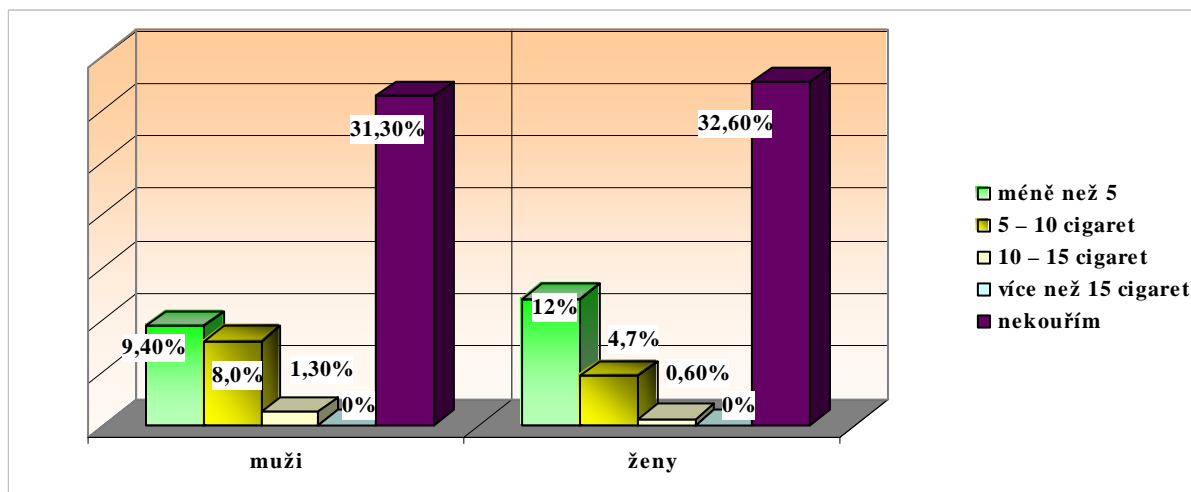
Tabulka č. 10 – Prostředky kouření

	muži	ženy	celková četnost
nekouřím	42	46	88
cigarety	26	26	52
marihuanu	14	9	23
doutníky	10	4	14
dýmku	4	9	13

Když pomineme, že z celkových 150 respondentů jich 88 nekouří, je s nejvyšším počtem respondentů kouření cigaret v celkovém počtu 52. Po nich následuje marihuana, kterou

kouří 23 dotazovaných, doutníky s počtem 14 respondentů a nakonec dýmka, ke které se přihlásilo 13 dotazovaných.

Otázka 18: Jestliže kouříte cigarety, kolik je to kusů denně? Výsledky v grafu č. 13.



Graf č. 13 – Množství cigaret vykouřených za den

Z grafu č. 13 vyplývá, že pokud respondenti kouří, pak je to ve většině případů méně než 5 cigaret denně a to u mužů v 9,4 procentech a u žen ve 12 procentech. Pět až deset cigaret denně vykouří 8 % z dotazovaných mužů a 4,7 % žen. Ostatní odpovědi byly zastoupeny v malé míře, kdy nepřesáhly ani 2 %.

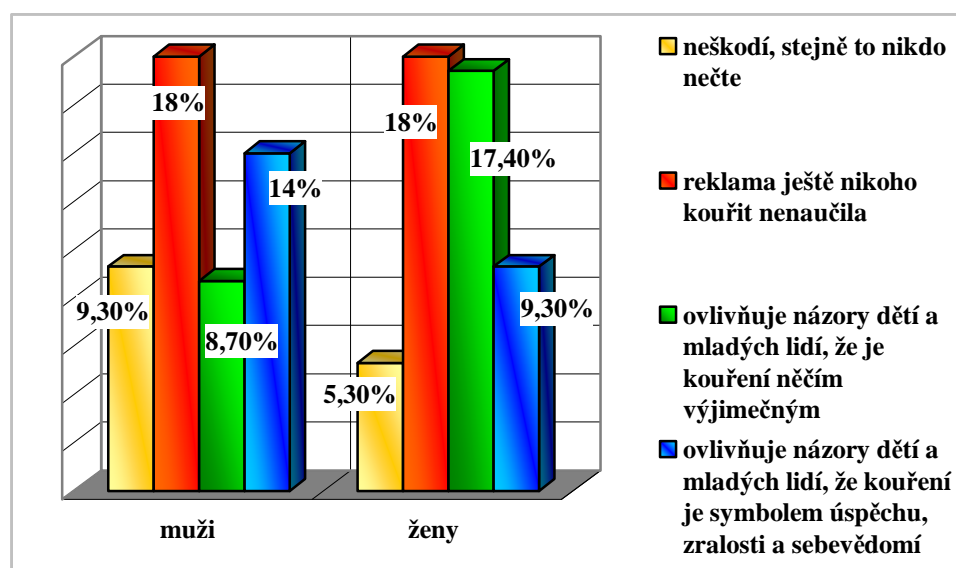
Otázka č. 19: Čím je dle vašeho názoru kouření? Respondentům bylo nabídnuto několik možností. Z každé nabízené odpovědi mohli zatrhnout libovolný počet odpovědí.

Tabulka č. 11 – Přehled důvodů pro kouření

	muži	ženy	celková četnost
zlozvykem	61	56	117
prostředek k zvládnutí stresu	36	38	74
relaxací, odpočinkem	31	24	55
nemocí patřící mezi drogové závislosti	21	19	40
společenskou záležitostí zvyšující osobní atraktivitu	16	13	29
společenskou záležitostí, kterou někteří lidé kompenzují své pocity méněcennosti	14	12	26
prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti (zhubnutí)	4	6	10

Vyhodnocení tabulky č. 11: To, že je kouření zlovykem si myslí 117 oslovených studentů, dalších 74 označilo kouření z prostředek k zvládnutí stresových situací, pro 55 respondentů je kouření relaxací, odpočinkem a pro 40 respondentů je kouření nemocí, kterou by zařadili mezi drogové závislosti.

Otázka č. 20: Co soudíte o reklamě na tabákové výrobky? Respondentům byly nabídnuty odpovědi, z nichž měli označit pouze jednu z nich. Výsledky uvádím v grafu č. 14, kde rozlišuji odpovědi mužů a žen.



Graf č. 14 – Mínění o reklamách na tabákové výrobky

Na otázku vlivu reklam na kouření se studenti vyslovovali v různé míře, o čemž svědčí výše uvedené výsledky. Shody a to 18 % dosáhli muži i ženy v názoru, že reklama ještě nikoho kouřit nenaučila a tudíž nemá žádný vliv na kouření. Jejich odpovědi se však liší při třetí a čtvrté odpovědi, kdy 17,4 % žen uvedlo, že může reklama může ovlivnit názor dětí a mladých lidí, že je kouření něčím výjimečným, zatímco si toto myslí pouze 8,7 % mužů. Ti výrazně podpořili ten názor, že reklama ukazuje, že je kouření symbolem pro úspěch, zralost a sebevědomí. K této odpovědi se přiklonilo 14 % mužů a pouze 9,3 % žen.

Otázka č. 21: Myslíte si, že by reklama na tabákové výrobky měla být zakázána, případně omezená? S výslednými odpověďmi na otázku, zda by měla být reklama na tabákové výrobky podle mínění dotazovaných zakázána či omezena se můžeme seznámit v tabulce č. 12. Respondenti se mohli vyjádřit jak k omezení, tak i zakázání takovýchto reklam. To znamená, že byly uznány obě označené odpovědi.

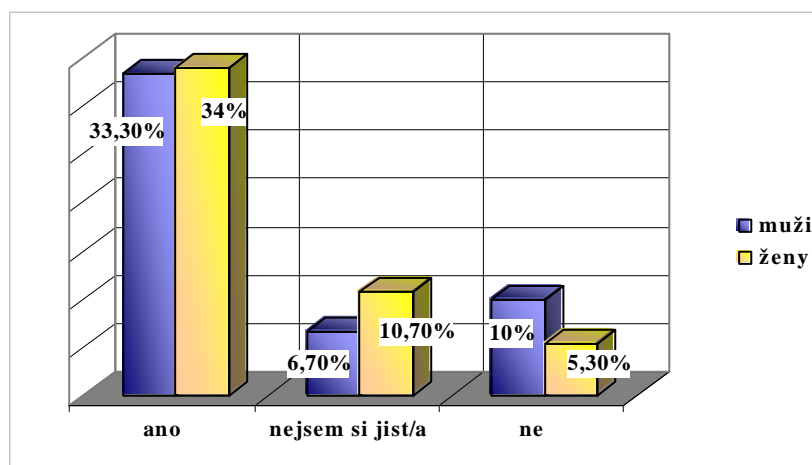
Tabulka č. 12 – Reklama na tabákové výrobky

	muži	ženy	četnost celkem
ano, měla by být omezena	28	40	68
ano, měla by být zakázána	17	12	29
ne, neměla by být zakázána	14	9	23
ne, neměla by být omezena	11	9	20
nevím	11	7	18

Nejčastěji se respondenti vyslovovali pro omezení či úplné zakázání reklam na tabákové výrobky. Reklamní spoty s tematikou kouření by omezilo konkrétně 68 dotázaných. 29 respondentů by takovéto reklamy zakázala úplně naopak 23 respondentů je proti jejich zákazu, o tři méně pak proti jejich omezení.

Otázka č. 22: *Souhlasíte s tím, že by se nemělo kouřit na veřejných prostranstvích?*

Výsledky dané otázky jsou uvedeny v grafu č. 15.



Graf č. 15 – Míra souhlasu s kouřením na veřejných prostranstvích

V grafu č. 15 můžeme analyzovat názory studentů v oblasti kouření na veřejných prostranstvích. Jak muži, tak i ženy souhlasí s tím, že by se na veřejných prostranstvích kouřit nemělo. Celkově s tímto souhlasí 67,3 % respondentů, z toho 33,3 % mužů a 34 % žen. Naopak 10 % mužů nesouhlasí s tím, že by se nemohlo kouřit kdekoli, stejně tak si to myslí i 5,3 % žen.

Otázka č. 23: Co se týče prevence, nejvíce nás před riziky kouření varovali? Odpovědi s nejvyšším počtem hlasů jsou zaznamenány v tabulce č. 13.

Tabulka č. 13 – Zdroje prevence v oblasti kouření

	muži	ženy	četnost celkem
rodiče	53	52	105
škola	38	34	72
internet	18	24	42
odborní pracovníci	4	3	7
literatura	0	4	4
jiné zdroje (uveďte)	1	1	2

Z výše uvedené tabulky překvapivě vyplývá, že v oblasti kouření na prevenci respondentů dbají spíše jejich rodiče a to ve 105 uvedených případech. Mimo rodiče je významným činitelem v rámci prevence škola, kterou označilo 72 respondentů a dále internet, který uvedlo 42 respondentů. Z jiných zdrojů byli v malé míře uváděni zejména přátelé a známí.

6 ZHODNOCENÍ VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký názor a postoj zauímají studenti prostějovských středních škol k problematice drog. Mimo postoje a názory na danou tematiku jsme výzkumem zjišťovali osobní zkušenosti studentů s alkoholovými i nealkoholovými drogami, zjišťovali jsme motivy, které mohou vést k užívání drog atp. Na základě získaných výsledků dotazníkového šetření jsme získali následující odpovědi na dané výzkumné otázky.

Z výzkumu nám vyplynulo, že většina prostějovských studentů má s konzumací návykových látek zkušenost, o čemž nebylo už od počátku výzkumného šetření žádných pochyb. Proto byla pozornost věnována zejména konzumaci těchto látek vzhledem k věku a pohlaví respondentů, přičemž jsme dospěli k závěrům, že prvenství ve všech třech zkoumaných oblastech, tedy užívání drog, konzumaci alkoholu a tabákových výrobků, zauímá mužská část populace. Přesto je třeba upozornit na fakt, že rozdíl mezi muži a ženami je v konzumaci návykových látek docela nepatrný a činí něco okolo dvou až tří procent. Co se týče užívání návykových látek vzhledem k věku, nejčastějšími konzumenty nejsou mladí lidé, kteří již dosáhli plnoletosti, ale naopak studenti, kterým je teprve 16 a 17 let. Konkrétně z výsledků vyplynulo, že 42 respondentů ve věku šestnácti a sedmnácti let užívá zakázané látky. Oproti nim byl u osmnáctiletých a devatenáctiletých studentů zaznamenán pokles na 31. Co se týče alkoholu, ten konzumovalo v době výzkumu 51,4 % neplnoletých studentů oproti 39,3 % plnoletých. Stejně tak i v otázce kouření byl zaznamenán vyšší počet u respondentů mladších 18 let, kdy z celkového počtu kouří 24 % oproti 17,4 % studentů starších 18 let.

Vysoká čísla v užívání návykových látek svědčí o experimentování, které bývá spojeno nejčastěji s mladší generací, neboť konzumace návykových látek má dle výzkumu s postupujícím věkem snižující se tendenci. Právě experiment je dle mínění respondentů jedním z největších důvodů konzumace nelegálních drog. Alkohol a kouření podstatná část z dotázaných vnímá spíše jako prostředek relaxace, odpočinku, což u mě vyvolalo docela překvapení, neboť jsem očekávala spíše negativnější postoj k těmto produktům. Proto můžeme říct, že se v žádném případě nevyvrátil fakt, že je kouření a zejména konzumace alkoholu společností tak nadmíru tolerovanou návykovou látkou, která v tomto smyslu ovlivňuje i povědomí mladých lidí o ní.

V otázce reklam na alkoholové a tabákové výrobky zauímali studenti SŠ spíše negativní

postoj, neboť dle jejich názoru mohou reklamy podněcovat mladé lidi k jejich konzumaci. Navíc také mohou ovlivňovat názory dětí a mladých lidí v tom, že alkohol a kouření je něčím výjimečným, např. symbolem úspěchu, zralosti nebo zvyšuje sebevědomí. Toto si myslelo v případě alkoholu 57 % dotázaných a v případě kouření 49,4 % z dotázaných respondentů. Našli se ale i respondenti, kterým reklamní spoty nevadí, nemyslí si, že by mohli nějak ovlivnit názor mladistvých pro konzumaci těchto prostředků. Proto by možná bylo i vhodné v dalších výzkumech zabývajících se drogovou problematikou zaměřit se na vliv reklam na užívání návykových látek mladými lidmi. Pro srovnání by tentýž výzkum mohl být aplikovaný i na dospělé populaci. Sama osobně si myslím, že pokud už mladý člověk pije a uvidí v televizi nový druh alkoholu, který je popisován jen v těch nejlepších světlech, zkusí ho.

V případě otázky informovanosti o drogové problematice jsme zjistili, že dle názoru studentů, kteří se vyjadřovali k položeným otázkám v dotazníku, je mládež o této problematice již dostatečně informovaná a to zejména v oblasti nelegálních drog, což uvedlo 61 % studentů. Oproti tomu si v otázce alkoholu pouze 56 % dotázaných myslí, že i když je mládež dostatečně informovaná o možných rizicích a důsledcích konzumace alkoholu, souhlasili by s tím, aby právě alkoholu byla věnována větší pozornost. Přičemž s tímto závěrem nelze nic jiného než souhlasit, neboť alkohol byl právě jednou z nejčastěji užívaných návykových látek prostějovských středoškoláků.

Poslední výzkumná otázka se zaměřovala na nejčastější zdroje informací v oblasti drogové problematiky. Přičemž jsme tu došli k závěrům, že v rámci informovanosti o nelegálních drogách zaujímá prvenství škola, kterou označilo 82 respondentů z celkových 150 dotázaných. V problematice alkoholu to pak byla naopak média, která jsou zdrojem informací pro 94 respondentů. O kouření pak dotázaní studenti nejvíce dle výzkumu hovoří s rodiči. To uvedlo 105 dotázaných respondentů, přičemž tato odpověď vyvrátila veškeré mé předpoklady, neboť jsem uvažovala, že rodiče budou o daných problematikách se svými dětmi mluvit ze všech možných zdrojů mnohem méně. Z toho tak můžeme usuzovat, že rodičům nejsou již tyto problémy cizí, že si uvědomují hrozbu, kterou sebou návykové látky nesou a nechtějí, aby se právě jejich dítě ocitlo v ohrožení. Je však třeba upozornit, že tyto tři uvedené složky, tedy škola, rodina a média jsou nejčastějšími zdroji informací v drogové problematice.

Závěrem tak můžeme říci, že se nám podařilo odpovědět na předem dané výzkumné

otázky, s jejich zevšeobecněním jsme se mohli seznámit výše.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z této práce mi vyplývá i několik doporučení, která se týkají zejména preventivních opatření. Dle mého názoru by bylo vhodné, kdyby se školy, ale nejen ony v rámci pořádání různých přednášek, besed nebo jiných aktivit s preventivním podtextem zaměřili nejen na rizika nelegálních drog, kterým je věnována i dle samotného výzkumu dosti značná pozornost, ale také na rizika spojená s pitím alkoholu. Protože i když se spoustu informací o této problematice studenti dovídají z médií, ne vždy to může být z důvěryhodného zdroje.

Dále bych se chtěla zmínit i o jiných formách aktivit, než jsou pouhé informativní přednášky. Školám a dalším institucím bych doporučovala více studenty do dané problematiky zapojit, nechat je nějakým svým způsobem přijít si sami na možná rizika, ke kterým by je dovedli jednoduché úkoly, ať už s různými texty, příběhy nebo rozhovorem s vyléčeným narkomanem, což byla právě nejčastější odpověď studentů v dotazníku. Určitě by tato forma byla působivější na základě předchozího puštění filmu s drogovou tematikou, která by byla právě konkrétním případem dokreslena. Bylo by také vhodné ptát se studentů na dojmy z dané problematiky, než skončením filmu tuto problematiku ukončit.

V poslední době je také trendem spolupráce jedné školy s dalšími a v rámci toho tak upravit např. den prevence v užívání drog, kde by každá ze škol prostřednictvím svých studentů představila danou problematiku apod. Myslím si, že právě tato aktivní forma, kde jsou zapojeni všichni studenti do dané problematiky, bude mít mnohem větší úspěch než pouze naslouchání informacím, o kterých se mohou dočíst v současné době téměř všude.

ZÁVĚR

Drogy, alkohol a kouření patří k jedněm z největších problémů lidstva, které mohou člověka dovést až na jeho úplné dno. Jsou to tři pro zdraví bezvýhradně nebezpečné látky, o kterých už se toho spousta napsala a dle mého názoru je to jen dobře. Je třeba se této problematice věnovat, psát o všech nežádoucích jevech, které jsou s ní spojeny a neustále sledovat nové „trendy“, které se na našem trhu objevují, aby se nové a další generace naší mládeže a nejen ony mohly vůči nim jakkoli chránit, neboť je třeba si přiznat, že naše společnost nebude natolik ideální, aby v ní tento jev přestal existovat.

Avšak vzhledem k včasné a důrazné prevenci se může počet závislých lidí na drogách všeobecně snížit. Proto je dle mého názoru důležité začínat s preventivními programy již s nástupem dítěte do školy, ovšem předávání informací by mělo být přiměřené vzhledem k jejich věku. V souvislosti s prevencí je také žádoucí, aby škola a rodina zaujímala v informovanosti svých žáků, studentů a dětí ty nejpřednější místa, neboť tyto dvě instituce jsou pro mladé lidi největšími autoritami, ke kterým mívají největší důvěru.

Navíc právě dospělí, a to ať už rodiče nebo učitelé, provází mladé lidi na cestě jejich životem, a to jak se bude život této mládeže vyvíjet, záleží také na nich. Je třeba, aby tyto mladé generace upozorňovali na zlo, které drogy způsobují a naučili je lépe využívat svého volného času, naučili je vypořádávat se s možnými problémy, které můžou mladého člověka během jejich života provázet a pomoci jim uvědomit si, že užívání drog žádné problémy neřeší, ale naopak významně je prohlubuje. Měli by naučit své nastupující generace žít takovým způsobem života, ve kterém drogy, alkohol ani kouření nebudou hrát žádnou významnou roli, pouze roli škodlivého a společností nežádaného jevu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BORNÍK, M. *Drogy. Co bychom o nich měli vědět*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-85821-98-2.
- [2] GALLÁ, M. a kol. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-38-2.
- [3] HAJNÝ, M. a kol. *Rodina a drogy*. Olomouc: P-centrum, 2004.
- [4] HORKÁ, H. *Výchova pro 21. století. Koncepce globální výchovy v podmínkách české školy*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-85-0.
- [5] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [6] KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [7] KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1998. ISBN 80-04-26710-6.
- [8] MAJER, M. a kol. *Kurz primární prevence. Učební texty*. P-centrum, 2004.
- [9] MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-102-2.
- [10] MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
- [11] MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*, Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
- [12] MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*, Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.
- [13] NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet a jak je zvládat*. Praha: BESIP, 1997.
- [14] NEŠPOR, K. a kol. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag, 1996.

- [15] NEŠPOR, K. *Kouření, pití, drogy*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-023-5.
- [16] NEŠPOR, K a kol. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag, 1998.
- [17] NOVÁČEK, P. *Křížovatky budoucnosti. Směřování k udržitelnému rozvoji a globálnímu řízení*. Praha: G plus G, 1999. ISBN 80-86103-27-7.
- [18] NOVÁČEK, P., HUBA, M. *Ohrožená planeta*. Olomouc: Vydavatelství UP, 1994. ISBN 80-7067-382-6.
- [19] PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1995, ISBN 80-85800-25-X.
- [20] RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. Olomouc: Votobia, 1999, ISBN 80-7198-348-9.
- [21] *Zaostřeno na drogy.*, roč. 5, č. 2. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISSN 1214-1089.
- [22] *Zaostřeno na drogy.*, roč. 4, č. 1. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISSN 1214-1089.
- [23] *Základní informace o chudobě* [online]. c2005-2009 , 2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.rvp.cz/clanek/2852>>.
- [24] *Prevence v kuřáctví* [online]. [2002] , 2008 [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.bez cigaret.cz/propedagogy>>.
- [25] *Základní informace o konopných drogách* [online]. c2003-2006 , 16.1.2009 [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/konopne_drogy/konopne_drogy_podrobne>.
- [26] *Den bez cigaret* [online]. [2002] , 2008 [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.bez cigaret.cz/prorodice>>.
- [27] *Životní styl* [online]. c2000-2003 , 2007 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://gyn.cz/tree.php?up=289>>.
- [28] *Pomoc při odvykání kouření* [online]. [2002] , 2009 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.dokurte.cz/?stranka=poradny&typ=clanky>>.
- [29] *Statistiky studie ESPAD* [online]. c2003-2006 , 2009 [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW:<

info.cz/index.php/info/press_centrum/alkohol_tabak_a_drogy_u_evropske_mladeze_vy sledky_mezinarodniho_srovnani_studie_espad_2007>.

[30] *Postoj* [online]. c1999-2009 , 2009 [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <http://www.cojeco.cz/index.php?detail=1&s_lang=2&id_desc=75429>.

[31] *Droga* [online]. 1995 , 23.4.2009 [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Droga>>.

[32] *Pojem mládež* [online]. [2007] [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <http://mujweb.cz/www/pedagogika/4_rocnik/socPed/socPed2.htm>.

[33] *Základní informace o terorismu* [online]. 1995 , 2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Terorismus#cite_note-3>.

[34] *Základní informace o válce* [online]. 1995 , 2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C3%A1lka>>.

[35] *Civilizační choroby* [online]. 1995 , 2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Civiliza%C4%8Dn%C3%AD_choroba>.

[36] *Základní informace o anonymních alkoholických* [online]. [2006] , 13.1.2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://aacesko.sweb.cz/odpovedi/002.html>>.

[37] *Základní informace o městě* [online]. 1995 , 2009 [cit. 2009-04-24]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Prost%C4%9Bjov>>.

[38] *Prevence alkoholu* [online]. [2008] [cit. 2009-05-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.nidm.cz/inspiromat/inspiromat-2-2009/okenko-msmt/prevence-ve-volnem-case-2-cast-alkohol>>.

[39] *Terciální prevence* [online]. 2000 , 2006 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.icm.uh.cz/str/socialnepatologickejevy/socialne-patologicke-jevy/drogy-a-protidrogova-pravence/prevence/zakladni-informace-o-prevenci-zneuzivani-drog>>.

[40] *Sekundární prevence* [online]. [2005] , 2009 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpmb.cz/prevence2.php>>.

[41] *Účinky a rizika kouření tabáku* [online]. [2006] [cit. 2009-03-13]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy.net/portal/nikotin/zakladni-informace-4/ucinky-a-rizika-koureni-tabaku_2006_02_16.html>.

[42] *Fetální alkoholový syndrom* [online]. 2008 , 2008 [cit. 2009-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.tehotenstviaz.cz/index.php?strana=&kat=94&c=112>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
Apod.	A podobně
AT ordinace	Ambulantně terapeutická ordinace
Atp.	A tak podobně
ESPAD	Evropskou školní studii o alkoholu a jiných drogách
FAS	Fetální alkoholový syndrom
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
Např.	například
PCP	PeaCe Pill (Fencyklidin, Andělský prach)
THC	tetrahydrocannabinol
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Syndrom Akutního Respiračního Selhání)
SŠ	Střední škola
Tzn.	To znamená

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Celkový počet respondentů

Graf č. 2 – Počet respondentů vzhledem k pohlaví a věku

Graf č. 3 – Zkušenost s užíváním nelegálních drog

Graf č. 4 – Místo kontaktu s drogou

Graf č. 5 – Postoj rodičů k prevenci vůči nelegálním drogám

Graf č. 6 – Informovanost mládeže

Graf č. 7 – Zkušenost s alkoholickými nápoji vzhledem k věku

Graf č. 8 – Zkušenost s alkoholickými nápoji vzhledem k pohlaví

Graf č. 9 – Vliv reklam na konzumaci alkoholu

Graf č. 10 – Mínění o prodeji alkoholových výrobků mladistvím

Graf č. 11 – Četnost kouření mužů a žen

Graf č. 12 – Četnost kouření vzhledem k věku

Graf č. 13 – Množství cigaret vykouřených za den

Graf č. 14 – Mínění o reklamách na tabákové výrobky

Graf č. 15 – Míra souhlasu s kouřením na veřejných prostranstvích

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Zkušenost s užíváním nelegálních drog vzhledem k pohlaví a věku

Tabulka č. 2 – Zkušenosti s konkrétním druhem nelegálních drog

Tabulka č. 3 - Důvody užívání nelegálních drog

Tabulka č. 4 – Informační zdroje v drogové problematice

Tabulka č. 5 – Aktivita v rámci prevence

Tabulka č. 6 – Alkoholové nápoje

Tabulka č. 7 - Důvody pro pití alkoholu

Tabulka č. 8 – Informovanost mladých lidí o problematice alkoholu

Tabulka č. 9 – Zdroj informací o problematice alkoholu

Tabulka č. 10 – Prostředky kouření

Tabulka č. 11 – Přehled důvodů pro kouření

Tabulka č. 12 – Reklama na tabákové výrobky

Tabulka č. 13 – Zdroje prevence v oblasti kouření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník o drogové problematice

Vážení studenti,

obracím se na vás s prosbou o vyplnění předloženého dotazníku, jehož výsledky budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce. Zabývám se tu postojem studentů prostějovských středních škol k drogové problematice. Chtěla bych vás upozornit, že je dotazník anonymní a nemusíte se tak podepisovat. Vaše odpovědi prosím zakroužkujte tak, aby odpovídaly vašemu názoru. U označených otázek můžete vybrat i více odpovědí.

Děkuji za ochotu a čas, který vyplnění dotazníku věnujete.

Martina Burgetová

Pohlaví: muž – žena

Věk:

I. část: DROGY

1. Máte osobní zkušenost s užíváním nelegálních (zakázaných) drog?

- a) ano, mám zkušenost
- b) ne, nemám žádnou zkušenost

2. Kterou z uvedených drog jste vyzkoušeli? (možnost více odpovědí)

- a) marihuana
- b) hašiš
- c) LSD, „houbičky“ a jiné halucinogeny
- d) pervitin
- e) extáze a jiné „taneční“ drogy
- f) toluen a jiné těkavé látky

- g) jiná látka výše neuvedená (uved'te název).....
- h) žádnou

3. Proč si myslíte, že lidé nejčastěji užívají drogy? (možnost více odpovědí)

- a) chtějí obstát před druhými
- b) chtějí vyzkoušet něco nového (experimentují)
- c) z nudy
- d) chtějí si zlepšit náladu
- e) chtějí vyřešit nějaký problém
- f) chtějí na sebe upozornit
- g) jiné důvody (uved'te)

4. Kde se podle vás nejčastěji mladí lidé dostávají do kontaktu s nelegálními drogami? (možnost více odpovědí)

- a) v partě
- b) na večírku, diskotéce
- c) v baru, pohostinství
- d) nevím
- e) jiné (uved'te)

5. Který zdroj informací o drogové problematice vás nejvíce ovlivňuje? (možnost více odpovědí)

- a) rodiče
- b) škola
- c) přátelé
- d) odborná literatura
- e) internet
- f) jiné (uved'te)

6. Která z následujících aktivit by vás v rámci prevence zaujala? (možnost více odpovědí)

- a) beseda s lektorem, psychologem
- b) beseda s vyléčeným narkomanem
- c) film o dané problematice
- d) jiné(uved'te)

7. Jaký postoj mají k prevenci vaši rodiče?

- a) hovořili s námi na toto téma a seznámili nás s možnými riziky
- b) rodiče se mnou o tomto problému nikdy nehovořili
- c) jiné(uved'te)

8. Myslíte si, že je dnešní mládež dostatečně informována o rizicích drog?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

II. část: ALKOHOL

1. Máte zkušenost s pitím alkoholických nápojů?

- a) ano, piji pravidelně
- b) ano, ale piji jen občas
- c) ne, ale dříve jsem pil/a
- d) ne, nikdy jsem nepil/a

2. Jaké alkoholové nápoje pijete? (možnost více odpovědí)

- a) nepiji žádné
- b) víno
- c) pivo
- d) tvrdé alkoholové nápoje do 20 %
- e) tvrdé alkoholové nápoje nad 20 %

3. Co je podle vás důvodem pro pití alkoholu? (možnost více odpovědí)

- a) relaxace, odpočinek
- b) útěk od problémů
- c) lidé chtějí na sebe upozornit
- d) z nudy
- e) lidé chtějí zapadnout do party
- f) experimentální důvody
- g) jiné důvody (uveďte).....

4. Myslíte si, že reklamní spoty mají vliv na konzumaci alkoholu?

- a) ano, svým způsobem konzumaci alkoholu podněcují
- b) ne, nemají žádný vliv na konzumaci alkoholu
- c) nevím

5. Myslíte si, že jsou mladí lidé dostatečně informováni o problematice alkoholu?

- a) ano, této problematice je věnována dostatečná pozornost
- b) ano, ale mohlo by se před riziky alkoholu varovat mnohem více
- c) ne, společnost není dostatečně informována o problematice alkoholu

6. Co si myslíte o prodeji alkoholových výrobků mladistvím?

- a) nevadí mi to, sám/a toho zneužívám
- b) je to problém, který by se měl mnohem více řešit
- c) nevím

7. Kde získáváte nejvíce informací o problematice alkoholu? (možnost více odpovědí)

- a) od rodičů
- b) ve škole
- c) od odborníků na drogovou problematiku
- d) z médií (TV, rozhlas, internet)

e) z odborné literatury

f) jiné (uveďte).....

III. část: KOUŘENÍ

1. Kouříte?

a) ano, pravidelně

b) ano, ale jen občas

c) ne, ale dříve jsem kouřil/a

d) ne, nikdy jsem nekouřil/a

2. Co kouříte? (možnost více odpovědí)

a) nekouřím

b) cigarety

c) doutníky

d) dýmku

e) marihuanu

f) jiné (uveďte).....

3. Jestliže kouříte cigarety, kolik je to kusů denně?

a) méně než 5

b) 5 – 10 cigaret

c) 10 – 15 cigaret

d) více než 15 cigaret

e) nekouřím

4. Čím je dle vašeho názoru kouření? (možnost více odpovědí)

- a) společenskou záležitostí zvyšující osobní atraktivitu
- b) společenskou záležitostí, kterou někteří lidé kompenzují své pocity méněcennosti
- c) zlozvykem
- d) relaxací, odpočinkem
- e) nemocí patřící mezi drogové závislosti
- f) prostředek k zvládnutí stresu
- g) prostředek k ovlivnění tělesné hmotnosti (zhubnutí)
- h) jiný názor (uveďte).....

5. Co soudíte o reklamě na tabákové výrobky?

- a) neškodí, stejně to nikdo nečte
- b) reklama ještě nikoho kouřit nenaučila
- c) ovlivňuje názory dětí a mladých lidí, že je kouření něčím výjimečným
- d) ovlivňuje názory dětí a mladých lidí, že kouření je symbolem úspěchu, zralosti a sebevědomí

6. Myslíte si, že by reklama na tabákové výrobky měla být zakázána, případně omezená?

- a) ano, měla by být zakázána
- b) ano, měla by být omezena
- c) ne, neměla by být zakázána
- d) ne, neměla by být omezena
- e) nevím

7. Souhlasíte s tím, že by se nemělo kouřit na veřejných prostranstvích?

- a) ano
- b) nejsem si jist/a
- c) ne

8. Co se týče prevence, nejvíce nás před riziky kouření varovali? (možnost více

odpovědí)

- a) rodiče
- b) škola
- c) odborní pracovníci
- d) literatura
- e) internet
- f) jiné zdroje (uveďte).....

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku a přeji hezký zbytek dne!