

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Příčiny vzniku patologických závislostí
a prevence u žáků základních škol

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavla Lízalová

Vypracovala:

Bc. Veronika Živná

Brno 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Příčiny patologických závislostí a prevence u žáků základních škol“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 19.4.2008

.....

Poděkování

Děkuji paní magistře Pavle Lízalové za podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracovávání mé bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala svému příteli za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce a které si nesmírně vážím.

Veronika Živná

OBSAH

ÚVOD	6
1. Základní vymezení pojmů	10
2. Patologické závislosti a jejich klasifikace	13
2.1 Toxikomanie	14
2.2 Alkoholismus	18
2.3 Patologické hráčství	21
2.4 Ostatní závislosti	23
3. Teorie vzniku závislostí	25
3.1 Biologické teorie	25
3.2 Psychologické teorie	26
3.3 Sociologické teorie	27
3.4 Polyetiologické	30
4. Endogenní a exogenní faktory příčin vzniku závislostí	31
4.1 Osobnostní faktory a dědičnost	31
4.2 Vliv rodiny	36
4.3 Škola a vrstevníci	40
4.4 Dostupnost návykových látek	42
4.5 Společnost a prostředí	43
5. Prevence	44
5.1 Typy prevence	44
5.2 Primární prevence v rodině	46
5.3 Primární prevence ve škole	50
5.4 Spolupráce rodiny a školy	55
5.5 Činnost státních a nestátních organizací v oblasti prevence	56

6. Průzkum příčin vzniku patologických závislostí a prevence	59
6.1 Stanovení hypotéz	61
6.3 Analýza výsledků	62
6.4 Dílčí závěr	77
ZÁVĚR	80
RESUMÉ	83
ANOTACE	84
LITERATURA A PRAMENY	85
PŘÍLOHY	

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma: Příčiny patologických závislostí a prevence u žáků základních škol, ve snaze pochopit a nastínit současnou situaci v oblasti patologických závislostí a v neposlední řadě také využít poznatků o tomto problému získaných během studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Téma jsem si vybrala z důvodu, že se závislost obecně stala součástí našeho všedního života, navíc se v posledním desetiletí tato problematika posunula do věkové kategorie dvanácti – třináctiletých, výjimkou, jichž se tento problém dotýká, tedy nejsou ani děti základních škol. Tyto děti díky sociální a fyzické nezralosti často nezvládají tlaky ze strany vrstevníků, nedokáží se vyrovnat se situací v rodině, neví, jak problém řešit a snaží se uniknout před realitou. Myslím si, že alkohol a kouření jako problém, jsou v naší republice často bagatelizovány, dá se říci, že tyto fenomény jsou na okraji zájmu veřejnosti a zastíňuje je viditelnější drogová problematika. Důvod vidím zejména v tom, že alkohol i cigarety jsou přece jenom drogy legální a společností tolerované, i když třeba alkohol zůstává drogou srovnatelnou s heroinem nebo opiáty. Myslím, že alkoholismus je u nás jednou z nejrozšířenějších závislostí, která se může dotknout každého z nás. V mé práci se vedle alkoholismu, toxikomanii a závislostí na cigaretách dotknu také nového fenoménu, kterým je patologické hráčství, které patří mezi poměrně nové problémy současné společnosti.

Ve zvoleném tématu a oboru sociální pedagogika vnímám velmi úzký vztah. Sociální pedagogika sleduje význam prostředí, problematiku specifických vlivů prostředí a jejich vliv na formování osobnosti, orientuje se na výchovu, v jejímž rámci dochází k intervenci do procesu socializace především u ohrožených a sociálně znevýhodněných skupin dětí a mládeže, ale i dospělých. Napomáhá rodině a škole řešit krizové situace a předcházet vzniku dysfunkčních procesů. Jejím cílem je výchova ke svépomoci, obnovení normality člověka a snaha o zlepšení společenských podmínek, ve kterých žije. Jedním z cílů sociální pedagogiky je odstranění sociálně patologických nebo jiných sociálně nežádoucích jevů a začlenění sociálně potřebných jedinců či skupin do společnosti. Otázka patologických závislostí je úzce spojena také s psychologií, zejména psychologií vývojovou, neboť vývoj osobnosti a její zránění není samovolný proces, ale výsledek interakce činitelů vnitřních

i vnějších, patologický vývoj pak znamená trvale nepříznivé procesy a stavy v utváření psychiky a osobnosti, sociální psychologie řeší mechanismus začleňování člověka do mezilidských vztahů a sociálních skupin. Patopsychologie se zabývá poruchami a chorobnými změnami v duševním životě. O psychických nemocích, jako možných následcích patologických závislostí bychom se dozvěděli v základech psychiatrie. Také speciální pedagogika má velmi úzký vztah k tématu mé bakalářské práce, neboť je to věda zabývající se speciálním vzděláváním jedince, který je zdravotně či sociálně znevýhodněnou osobou, a který potřebuje speciální podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, při pracovním nebo společenském uplatnění. V oblasti speciální pedagogiky je to zejména etopedie, která se zabývá poruchami chování, kde toxikomanii, gamblerství, tabakismus a alkoholismus považuje za chování asociální. Sociální patologie je obor, jehož předmětem zkoumání jsou sociálně patologické jevy, které jsou negativní povahy, a proto jsou společensky nežádoucí, škodlivé a nenormální. Sociální patologie tyto jevy popisuje, charakterizuje a snaží se najít příčiny, také se však zabývá preventivními postupy a dává doporučující opatření. Stejně tak lze najít vazbu mezi tématem mé bakalářské práce a předmětem sociální komunikace, prostřednictvím verbální, ale i nonverbální komunikace lze odhalit možné známky začínající závislosti, stejně tak je neoddiskutovatelný vztah k sociologii. Závěrem lze tedy říci, že poznatky o příčinách a prevenci patologických závislostí jako tématu mé bakalářské práce lze nalézt ve většině předmětů studia.

Cílem bakalářské práce je interpretovat, rozebrat a posoudit problematiku příčin a prevence patologických závislostí. Tato problematika je velice široká, proto jsem se zaměřila zejména na problematiku příčin, typy závislostí jsem uvedla jen pro uvedení do problému, ohledně otázky prevence jsem se zaměřila nejvíce na prevenci primární. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části, člení se na šest kapitol, které se člení na další podkapitoly. Techniku, kterou jsem zvolila pro zpracování bakalářské práce je zpracování poznatků z dostupné literatury, neboť je velmi bohatý výběr literatury na toto téma, které budou doplněny o poznatky získané prostřednictvím dotazníků v praktické části bakalářské práce.

První kapitola teoretické části uvádí základní pojmy, které se vztahují k řešené problematice, pro možnost srovnání uvádím definice různých autorů. Ve druhé části uvádím klasifikaci typů závislostí, tedy toxikomanie, alkoholismus, hráčství a další závislosti jako např. tabakismus, jak je uvádí literatura. Dále jsem považovala za přínosné uvést teorie vzniku závislostí. Třetí část mé bakalářské práce tedy uvádí přehled teorií vzniku závislostí.

První uvádím teorie biologické, jejichž základním východiskem je hledání biologicky podmíněných znaků, které vytvářejí dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Pro takové jednání není tedy podstatná výchova ani sociální prostředí, ale biologická podstata člověka, která determinuje jeho další vývoj. Další teorii, kterou uvádím je teorie psychologická, ta klade důraz na osobnost člověka, motivaci, agresi, frustraci či sílu ega. Další jsou sociologické teorie, podle nichž je deviace jev, který vzniká jako produkt patologického sociálního prostředí, v němž jedinec žije. Sociologické přístupy zdůrazňují v souvislosti se sociálně deviantním jednáním jako rozhodující vliv společnosti. Problémy navazující na konzumaci alkoholu, drog, obecně patologické závislosti mají povahu sociálních jevů. Jako poslední uvádím teorie polyetiologické. Které se snaží o interdisciplinární přístup, nyní nejmodernější. Čtvrtá část se zabývá příčinami vzniku patologických závislostí. Jádrem bakalářské práce je postihnout faktory, které vznik závislosti mohou způsobovat. Na základě odborné literatury se tedy zmiňuji o příčinách endogenních a exogenních. Mezi endogenní faktory patří dědičnost a osobnostní faktory, mezi exogenní faktory patří rodina, školní prostředí, vrstevnické skupiny, ale i společnost a dostupnost látek, které mohou závislost ovlivňovat. Pátá část shrnuje poznatky o prevenci. Podrobněji se budu zabývat primární prevencí, neboť děti a mládež jsou prioritou primární prevence a také proto, že děti na základních školách jsou ve většině případů ve fázi experimentování s návykovými látkami. Hlavním těžištěm primární prevence je formativní věk a formativní prostředí, tzn. věk a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty, za formativní prostředí lze považovat prostředí rodinné a školní. Pro úplnost uvedu základní data o prevenci prováděnou ostatními, vládními i nevládními institucemi.

Pro účely praktické části bakalářské práce jsem vytvořila dotazníky pro žáky i učitele základních škol s cílem ověřit a zjistit příčiny, zejména z oblasti exogenních činitelů, které mohou ovlivňovat vznik patologických závislostí u žáků základních škol. Na základě vyhodnocení těchto dotazníků bude možné srovnat teoretické údaje s údaji konkrétními a potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy. Přestože a nebo právě proto, že děti dosud nemám mě také zajímal skutečný stav situace, zda děti opravdu již na základní škole mají zkušenosti s drogami, zda opravdu kouří v takto nízkém věku a mají již v tomto věku problémy s alkoholem, což je *první hypotéza*. Dotazníky předložím žákům prostřednictvím výchovných poradců na základních školách v Brně a v Měnině, pak mohu provést komparaci těchto odlišných prostředí a porovnat tedy příčiny vzniku závislostí u dětí žijících ve městě a na vesnici a ověřit, zda vliv sídlištního prostředí je jedním z významných činitelů ovlivňujících vznik patologických závislostí či tento vliv není takový, jaký je ve většině případů sídlištnímu

prostředí připisován, což je *hypotéza druhá*. *Třetí hypotéza* je, zda žáky ovlivní v pití alkoholu snadná dostupnost alkoholu nebo média. *Čtvrtá hypotéza* řeší, zda platí, že u dětí, které kouří, kouří i jejich rodiče a kouří se i u nich doma. Výsledky zpracuji pro větší přehlednost do grafů a tabulek.

Pro získání informací a názorů na prevenci jsem se rozhodla provést průzkum prostřednictvím dotazníků, které budou vyplňovat pedagogové, doplním tedy také teoretickou část týkající se prevence o názory učitelů na prevenci a minimální preventivní program, o to, zda jeho prvky v praxi využívají. Mým cílem je zjistit jaký mají názor na primární prevenci prováděnou jejich školou, zda je podle nich účinná a v jakém věku je třeba s prevencí začít, jaký ze způsobů prevence se jim zdá nejúčinnější a nejvhodnější. *Hypotéza pátá* ověří, zda platí, že čím více pedagogů považuje prevenci a existenci minimálního preventivního programu na škole za smysluplnou, tím více využívají jeho prvků ke své pedagogické praxi.

Užívání drog, jak alkoholových tak nealkoholových, představuje vážné riziko změn základních životních hodnot, oslabování volných stránek osobnosti, narušování interpersonálních vztahů, krizové situace v mnoha rodinách, které mohou vést k jejich ohrožení až rozpadu. To vše pak představuje rizika ohrožení zdravého fungování a vývoje jedince a společnosti a proto je důležité, aby tato problematika byla neustále v centru pozornosti zkoumání a hledání možných řešení.

1. Základní vymezení pojmů

Droga

Existuje celá řada definic pojmu droga.

- „Pochází z arabského slova „durana“ s původním významem léčivo. Podle stanoviska Světové zdravotnické organizace z roku 1969 je za drogu je považována jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (Jilčík T., Plšková A., Zapletal L., 1999, s.27).
- „Drogu lze chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky a to, že má psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění, působí na psychiku. A dále, může vyvolávat závislost, má tedy určitý potenciál závislosti, který může být u různých drog vyjádřen různě“ (Presl J., 1994, str. 9).

Návykové látky

- „Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobivé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování. Omamné a psychotropní látky, u nichž vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo je opakovaně bez odborného dohledu užívá a jsou uvedeny v seznamech těchto látek“ (Jilčík T., Plšková A., Zapletal L., 1999, s.27).

Závislost

- „Závislost je definována podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která uvádí, že syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si cenil více. Základní charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost

nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měl stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek nebo ukončení nebo množství látky
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku
- d) průkaz tolerance k účinku látky, vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavování se z jejího účinku
- f) pokračování užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků“ (Nešpor, 2000, str.14).

- „Závislost je nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném braní drogy, je tu tendence ke zvyšování dávek, existence psychické i fyzické závislosti na určité droze vyjádřené přítomností tzv. abstinenciho syndromu psychického nebo fyzického typu a v neposlední řadě má závislost negativní důsledky pro jedince a společnost“ (Presl J., 1994, str.11).

- „Drogová závislost je psychický a někdy také fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může být přítomna i nepřítomna. Tolerance je schopnost organismu snášet určité látky. Osoba může být závislá na více než jedné droze“ (Jilčík T., Plšková A., Zapletal L., 1999, s.27).

- „Drogová závislost je onemocnění. Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přesto, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů“ (Hajný M., 2001, str.14).

- „Fyzická závislost je stav organismu vzniklý zpravidla dlouhodobým a častým podáváním drogy. Je-li přísun drogy zastaven, dostaví se abstinenci příznaky. Droga se stává součástí metabolismu“ (Jilčík T., Plšková A., Zapletal L., 1999, s.27).

- „Psychická závislost je duševní stav vzniklý užíváním drogy a projevuje se různým stupněm potřeby drogu požívat. Její vznik je vázán na určité prožitky, je-li podávání drogy přerušeno, dostaví se psychické poruchy“ (Jilčík T., Plšková A., Zapletal L., 1999, s.27).

Abúzus

- nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu (práce, těhotenství). Může jít o stav jednorázový, málo častý, či trvalý, pravidelný. Kromě drog v běžném slova smyslu se to týká i alkoholu, kofeinu, tabáku, některých léků (např. na spaní).

Abstinenční syndrom

- „Abstinenční syndrom je tvořen kombinací příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla opakovaně, zpravidla dlouhodobě užívána. Pramení z narušení závislé homeostázy, na kterém se podílí vysazení pravidelných dávek drogy, předchozí předávkování a vyčerpání rezerv organismu. Začátek průběh odvykacího stavu jsou časově omezeny a závisí na typu látky a dávce užívané bezprostředně před zahájením abstinence. Může být komplikován záchvaty křečí“ (Heller, J., Pecinová O. et al., 1996, str. 21).

- Je soubor příznaků, jeden z projevů již patrné drogové závislosti, intenzita, s jakou je přítomen je velmi různá. Nedostatek drogy je prožíván jako nepříjemný stav. Dochází k růstu tolerance, kdy organismus reaguje za určitou dobu na původně dostatečné drogy nedostatečně, droga jakoby přestává „fungovat“ a člověk je nucen zvýšit dávku uvádí Presl (1994).

Prevence

- *Primární prevence*

Znamená předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.

- *Sekundární prevence*

Jejím cílem je předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním nebo drogami zasaženi a postiženi. Důležitá je včasná intervence a poradenství.

- *Terciální prevence*

Předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících pacientů.

2. Patologické závislosti a jejich klasifikace

V minulosti se o závislosti mluvilo zejména v souvislosti s alkoholem a drogami. Závislost je však dnes součástí našeho života, neboť, jak uvádí Mühlpachr (2001), každý lidský zájem, ať je směřován kamkoliv může vést k závislosti, proto dnes existuje mnoho jiných závislostí vedle těch klasických na alkoholu a drogách jako například závislost na sledování televize, na jídle, na hubnutí, na sektách, na nakupování, na práci. Vedle toho však narůstají počty klasicky závislých, tzn. závislých na drogách, alkoholu, cigaretách, kávě či čaji nově i na výherních hracích přístrojích. V dnešním světě je snad každý obětí nějaké závislosti, nejdůležitějším kritériem pro definování závislosti je neschopnost kontrolovat toto chování.

Jak vzniká závislost? Droga vyvolává nutkavou touhu po opakovaných aplikacích dávky. Při opakovaném podávání drogy se organizmus (mozek) přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky, dochází k růstu tolerance a zvyšování dávek, vysazení dávky drogy bývá provázeno abstinenciálními příznaky. Nejprve se rozvíjí psychická závislost - nutkavost, náruživost po další dávce. Následně často dochází (nemusí to být pravidlem) k rozvoji závislosti fyzické, která je vytvářena především současným rozvojem celé řady změn vyvolaných drogou mimo CNS. Znakem navozené fyzické závislosti jsou výrazné fyzické abstinenciální příznaky, často velmi drastické a nebezpečné (např. u opiátové či alkoholové závislosti).

V následujícím přehledu se zaměřím pouze na závislostní chování, které dominuje u dětí a mladistvých a které je předmětem mé bakalářské práce, tedy na závislost drogovou, závislost na alkoholu a tabáku. Dále se zmíním o závislosti na hracích automatech, tedy patologickém hráčství, která zaznamenává v posledních letech velmi prudký nárůst.

2.1 Toxikomanie

Lidé drogy používali od dávných časů k tomu, aby změnili stav svého vědomí, pro uvolnění nebo stimulaci, aby usnuli nebo spánku zabránili, aby zlepšili schopnost svého vnímání, nebo aby si vyvolali halucinace. Drogy jsou známé a užívané od dob prvních lidských civilizací a vždy se také objevovalo nadměrné užívání těchto látek až závislost na nich.

Klasifikace drog

Existuje mnoho dělení drog. Veřejnost nejčastěji používá nepřesné a zavádějící dělení drog na tzv. měkké (lehké) a tzv. tvrdé (těžké), hranice mezi uvedenými druhy je však velmi malá. Paradoxně, legální drogy alkohol a tabák by z hlediska potenciálu vzniku psychické a fyzické závislosti patřily mezi tzv. tvrdé drogy, tak jako heroin. Nejčastěji se tedy drogy dělí podle kriteria legálnosti, tedy na legální (alkohol, tabák, kofein), zákonem povolené, běžně společností konzumované a nelegální, zákonem zakázané. Nelegální drogy (sedativa, stimulantia, halucinogeny, opiáty, organická rozpouštědla) dnes představují poměrně širokou paletu látek s psychotropními účinky a to jak na bázi přírodní, tak syntetické.

Tyto látky se dostávají do organismu ústy, injekčně, kouřením popř. čicháním, pokožkou, např. prostřednictvím náplastí.

Konopí a jeho produkty

Marihuana a hašiš. Jedná se o přírodní látky pocházející z indického konopí, což je rostlina, které se daří prakticky všude. K jejím hlavním účinkům patří euforie, zkreslené vnímání času, prostoru a barev, poté následuje pocit hladu. Marihuana se často distribuuje mezi mladými lidmi v době, kdy se sklízí a suší – počínaje podzimem – a to mnohdy zdarma nebo výměnou, hašiš se kupuje. Marihuana a hašiš se nejčastěji kouří – v ubalené cigaretě samotné či s tabákem, ve speciální malé dýmce nebo vodní dýmce. Je možné je užít i do jídla nebo nápojů.

Marihuana je snad nejdiskutovanější nelegální drogou, na rozdíl od všech ostatních drog nehrozí u marihuany tak velké nebezpečí závislosti, má méně zdravotních rizik než alkohol

a tabák a i zdravotní rizika jsou akceptovatelná. Proto se velmi často ozývají argumenty podporující její legalizaci. Problémy však spočívají v tom, že v kouři marihuany je až o 50 % více látek rakovinotvorných než tabák a ve značné části případů je marihuana jakousi „vstupní stanicí“ k drogám ostatním uvádí Presl (1994).

Stimulační drogy

Hlavním efektem stimulačních drog je celková stimulace a povzbuzení organismu. Hlavním představitelem stimulačních drog je naše ilegální droga číslo jedna - pervitin. Pervitin je chemický přípravek se stimulačními účinky, které lze nalézt také u dalších drog jako kokain, crack, efedrin a extáze.

Pervitin poskytuje okamžitý pocit euforie spojený se zvýšeným sebevědomím, po určité době však dochází k zásadním proměnám psychiky, tzv. „stíha“. Často pochází z domácí výroby, lze jej šňupat, kouřit nebo brát nitrožilně. Závislost na pervitinu bývá diskutovaná záležitost, lze totiž tvrdit uvádí Hajný (2001), že pravidelné užívání vyvolává závislost, na rozdíl od marihuany. Při abstinenci se projevují spíše psychické abstinenci příznaky. Zdravotní rizika jsou především spojena s nitrožilním užíváním, například přenos žloutenky typu C, HIV.

Kokain je přírodní droga, nacházející se v listech keře Erythroxylon coca. Žvýkání listů obsahujících kokain bylo původně spjata s kulturou jihoamerických Indiánů, byla tedy společensky tolerovaná, jde tedy o obdobu existence naší evropské kultury vůči alkoholu, podle Presla (1994). Způsoby aplikace kokainu jsou různé a podléhají módním vlivům. Časté je šňupání, ale i injekční aplikace.

Opiáty

Základním představitelem této skupiny je **heroin, morfium, kodein**, což jsou látky tlumivé. Než došlo k obchodování s heroinem, byl - a dosud někde u nás je - k dispozici jiný opiat: braun, uvádí Hajný (2001).

Heroin vyvolává také euforii, která není spojena s aktivitou a povzbuzením, má spíše tlumivý charakter a uživatel je více ve svém „vlastním světě“ než uživatel pervitinu, který je naopak značně komunikativní. Mezi rizika užívání uvádí Hajný (2001) především vznikající závislost, která se projevuje i po kratším užívání opiátů a bývá z větší části uživatelů spojena s fyzickými abstinenci příznaky, jako je nevolnost, nespavost nebo náladovost. Zvyšuje se tolerance, takže se musí zvyšovat dávky. S heroinem bývá spojeno riziko předávkování, např. z důvodu nečekaného složení koupené drogy. Také cena drogy vede k dalšímu rizikovému chování jako jsou krádeže doma i na veřejnosti, prostituce a prodej drog uvádí

Hajný (2001). Heroin lze jak kouřit, tak šňupat či polykat, ale i užívat nitrožilně, což je nejčastější případ a také nejrizikovější způsob aplikace.

Halucinogenní drogy

Do této skupiny patří drogy, které mění vnímání okolního světa i vnitřních prožitků. Bývá doprovázeno halucinacemi nebo novými fantaziemi. Tyto drogy mají ze všech uváděných drog největší podíl účinků vedoucích k prožitkům, které odvádějí pozornost od reálného světa. Patří k nim na prvním místě **LSD**, také v podobě tripů, které se nejčastěji konzumují v podobě malých potištěných papírků, některé **kaktusy a houby**, které se buď jedí nebo se z nich pije odvar. Různorodý obsah účinné látky a kombinace s další drogou mohou vyvolat nečekané účinky, které zvyšují riziko užívání. Účinky se projeví až po určité době, trvají však velmi dlouho. Pravidelné užívání může vést k rozvoji skryté duševní poruchy. Prožitky mohou citlivou, rozvíjející se psychiku mladého člověka vystavit šokujícím halucinacím. Deprese a úzkosti pak mohou být dalšími dlouhodobými a někdy trvalými následky užívání halucinogenů, uvádí Hajný (2001).

Těkavé látky

Patří sem ředidla, lepidla, např. toluen, vulkan, benzin, které jsou běžně dostupné v obchodech, čičači je vdechují z napuštěné látky, igelitového pytlíku nebo přímo z lahve. Uživatel si po čase způsobí narušení sliznic a dýchacího aparátu, vzhledem k obtížnému dávkování se snadno objeví předávkování, které může vést ke ztrátě vědomí nebo smrti. Mezi uživatele těkavých látek patří děti i od osmi let, lidé z míst, kde nejsou jiné drogy k dispozici, nebo ti, kteří mají nejnižší postavení uvádí Hajný (2001). Podle Presla (1994) je čichání toluenu dětmi většinou reakce na tíživé rodinné prostředí, kdy se děti snaží o únik před zdánlivě neřešitelnými situacemi.

Fáze drogové závislosti

- 1. etapa** se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generační problémy a konflikty.
- 2. etapa** je spojená s vytvářením a stabilizací skupin mladistvých, kde se konzumují drogy.
- 3. etapa** je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu.
- 4. etapa** znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí

dramatické abstinenci projevů. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu.

Dítě a drogy

Mühlpachr (2001) uvádí, že děti a mladiství jsou nejrizikovější skupinou v oblasti užívání drog. Hajný (2001) uvádí, že nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou u nás marihuana, pervitin a heroin. Poměrně velká je i skupina dětí a mladistvých, kteří užívají těkavé látky – ta je však, podle Hajného (2001) málo prozkoumaná.

Často se můžeme setkat s termíny jsou experimentální, rekreační, habituální a jiné požívání drog mladistvými. Tak se dostáváme k příležitostnému – rekreačnímu zneužívání jako formě zábavy v partách, které může přejít v pravidelné zneužívání, může dokonce dosáhnout frekvence několika případů v týdnu. Přesto se někteří mladiství vrací zpět k příležitostnému, popřípadě ojedinělému zneužívání návykových látek uvádí Heller, Pecinová, (1996). Důležitou součástí a podmínkou pro rozvoj návyku a závislosti je motivace vedoucí k abúzu drogy. Motivace je odborníky studována a analyzována. Existuje tedy např. motivace fyzická, kdy je hlavním přáním získat více energie, udržet si fyzickou kondici. Motivace interpersonální, jejímž hlavním cílem je získat uznání od vrstevníků, komunikovat s nimi. Motivace sociální, kdy se jedinec snaží identifikovat s určitou subkulturou, unikat z obtížných podmínek prostředí. Motivace intelektuální s cílem uniknout nudě. Motivace specifická, jedinec se snaží prožít dobrodružství či motivace filosofická, kdy se jedinec snaží najít smysl života, významné hodnoty.

Pojmy návyk, závislost, zneužívání se však u dětí a adolescentů velmi obtížně vymezují, neboť není přesná hranice mezi návykem a závislostí a je velmi obtížné rozhodnout, co je a co není možné diagnostikovat jako závislost, neboť mnohá znamení jsou stejná jako normální znaky dospívání. Některé ze signálů podle Nešpora (2001) jsou například nález pomůcek pro zneužívání drogy jako dýmky jehly, stříkačky sežehnuté kousky plechové folie nebo lžičky nebo různé prášky. Stopy vpichů na končetinách, hýždích, krku aj. Dalším varovným signálem může být změna či ztráta přátel a kamarádů, náhlé izolování se od normálních vrstevníků. Napojení se na nevhodné, často starší přátele, ztotožňování se s drogovou kulturou. Dalším faktorem může být náhlé zhoršení vzhledu a péče o zevnějšek, zhoršení prospěchu a chování, neomluvené hodiny, ztráta a krádeže cenností doma nebo ve škole. Změny v chování: náladovost, podrážděnost, lhaní, přecitlivělost, neobvyklá agresivita, nechutenství, úbytek na váze, zvracení, otupělost. Ztráta zájmů, koníčků a zálib.

2.2 Alkoholismus

Alkohol je chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům, včetně mozku. „Alkohol je droga s tisíciletou tradicí, droga, která je přehlížena, podceňována, schvalována. Společnost akceptuje alkohol, společenské cítění je proalkoholní. Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provázejí člověka od narození do smrti. Odmítání alkoholu vzbuzuje pozornost a neadekvátní reakce. Právě rituály spojené s konzumací alkoholu mají svou vysokou nebezpečnost pro oslovení mládeže a dětí. Rituál ťukání na zdraví je symbol dospělosti a účasti na dospělém životě. Alkohol je stejně jako tabák průchozí drogou. Znamená to, že část dětí z nich přechází k látkám nebezpečnějším“ (Mühlpachr, 2003, str. 18).

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů je označována jako alkoholismus, je to jedna z nejběžnějších forem závislosti. Dochází k němu tehdy, když si tělo navykne přijímat velká množství alkoholu a později už bez něho nedokáže normálně fungovat. Příznakem je neustálá chuť na alkohol, neschopnost pít umírněně a jakmile se choroba rozvine, potřeba většího množství alkoholu k tomu, aby postižený dosáhl téhož účinku. Závislost na alkoholu se projeví až po letech pomalu a neustále se zvyšující konzumace. Objeví se abstinenci příznaky, např. horečnatost, nespavost, třes či halucinace.

Fáze závislosti

Vývojová stadia závislosti vypracoval kanadský psychiatr Jellinek, jehož klasifikaci uvádí Mühlpachr (2001), tato klasifikace je obecně přijímána našimi i zahraničními odborníky.

1.stadium: iniciální, počáteční

Navenek se neliší od svého okolí a společenských norem. Pod vlivem alkoholu se cítí mnohem lépe než střízlivý, v intoxikaci dokáže překonávat situace, které pro něj dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Zvyšuje konzumaci, jeho tolerance roste.

2. stadium: prodromální, varovné

Rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání příjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, jež je stále blíže hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí. Postižený preferuje tajné pití, konzumuje alkohol dříve než ostatní. Objevují se palimpsesty, stav, kdy si nepamatuje průběh intoxikace. To dále, vedle nechtěných opilstí a tajného pití, prohlubuje jeho pocit viny, což v postiženém vyvolá odhodlání vypořádat se s alkoholem. Tato snaha uvede do pohybu kolotoč vedoucí k závislosti. Problémy lze ještě řešit.

3. stadium: krucíální, rozhodné

V tomto stadiu ještě roste tolerance. Pacient snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. Dochází ke změně kontroly v pití. Alkohol se stal součástí základních metabolických dějů a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Rostoucí frekvence zjevných opilstí vede k narůstání konfliktů s okolím. Postižený na ně reaguje budováním racionalizačního systému, tzv. systém zdůvodnění, jímž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. Neustálé získávání drogy, její ukrývání, systém zdůvodňování a výmluv se pro postiženého stává hlavním zájmem a začínají upadat jeho koníčky, přestává stačit na své povinnosti, zanedbává svou výživu, objevují se zdravotní poruchy.

4. stadium: terminální, konečné

Charakteristickým znakem čtvrtého stadia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který je pacient „nucen“ léčit další dávkou drogy – tzv. ranní doušky. Pokračuje-li od ranního doušku pití dál, vzniká tah – několikadenní období, během něhož nevystřízliví. Nyní již pije vedle alkoholu z nouze i technické prostředky např. Iron nebo kolínské vody, jen když obsahují alkohol. Dochází k poškození jater, nervového systému, cév a objevují se duševní poruchy. Klesá tolerance, což znamená, že se postižený opije menší dávkou alkoholu než dříve. Získání drogy upřednostňuje před základnějšími životními hodnotami, jako je péče o děti, sebe, profesi a nastupuje stav kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou. Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc, někdy až po pokusu o sebevraždu

Klasifikace typů závislosti

Mühlpachr (2001) uvádí klasifikaci typů závislosti podle Jellinka

Typ alfa – typické občasná excesy s následnými problémy, nejedná se o závislost v pravém slova smyslu.

Typ beta – pravidelná konzumace alkoholu, kterou není ochoten přerušit ani například v době nemoci.

Typ gama – poruchová kontrola, vede ke konfliktům s okolím, v mezidobí schopnost abstinence, při pokusu pití s kontrolou však následují další problematické opilosti, opilosti se stávají každodenními.

Typ delta – charakteristický pro vinařské oblasti, kde pravidelná konzumace alkoholu patří k životnímu stylu, problematická je schopnost abstinence, odnětí dávky může vyústit v delirium tremens.

Typ epsilon – typická je koincidence abúzu alkoholu s psychickým onemocněním, nejčastěji při afektivní poruše.

Alkohol a děti

V období dospívání má mladý člověk další zkušenosti s alkoholem, neboť spousta životních událostí je spojena s alkoholem jako například maturitní večírek, oslava složení maturitní zkoušky či autoškoly. To, že v naší společnosti je považováno za normální spojovat životní události s alkoholem problému alkoholismus příliš nesvědčí. Rizikovým faktorem ale je, že závislost na návykových látkách u dětí se vytváří podstatně rychleji než u dospělého, to k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během měsíců. Dále zde existuje vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý, z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky. U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností). I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života jako je rodina, škola, trestná činnost. Mezi dětmi a dospívajícími je také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací.

2.3 Patologické hráčství

Nešpor (2000) uvádí, že podle Světové zdravotnické organizace (MKN-10) je patologické hráčství porucha, spočívající v častých a opakovaných hráčských epizodách, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných i pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, toto chování pokračuje a vzrůstá i přes nepříznivé sociální důsledky jako je zchudnutí, narušené rodinné vztahy a rozkol osobního života. Patologické hráčství někdy nazývané jako gambling spadá do skupiny tzv. návykových a impulsivních poruch, které jsou charakterizovány třemi základními znaky:

1. Neschopnost odolat impulsu, pokušení, přestože člověk ví, že jeho jednání je nežádoucí, gambler nedokáže odolat hře, není schopen přestat.
2. Tomuto jednání předchází postupně narůstající napětí, které nelze snížit jinak, než určitým činem – vnitřní napětí se sníží, když začne hrát.
3. Jednání je spojeno s pocitem uspokojení, gambler prožívá příjemné vzrušení, jehož intenzita je přímo úměrná výši hazardu, riziku ztráty.

Fáze závislosti

podle Mühlpachra (2003)

- 1. Fáze výher** - občasné hraní s fantazií o veliké výhře, přehnaný optimismus, zvyšování sázek, zvyšování frekvence hraní, přechod k osamělé hře, chlubení se neskutečnými výhrami.
- 2. Fáze prohrávání** - objevuje se neschopností přestat s hrou a ztráta kontroly nad svým chováním, skrývání hry před rodinou, půjčování peněz, odklady splátek dluhů. V chování dotyčného je neklid, podrážděnost, uzavřenost, zanedbávání zdraví. Objevují se problémy v rodině a zaměstnání.
- 3. Fáze zoufalství** - odcizení rodiny, přátel, popírání vlastní zodpovědnosti, obviňování druhých, trestná činnost, rozpad rodiny, úvahy o sebevraždě pokusy o ní.

Patologické hráčství a děti

Podle Mühlpachra (2003) je podstatou patologického hráčství hra – hraní – činnost pro zábavu a osvěžení, které provází člověka po celý život. „Hra byla vždy nahlížena lidstvem jako věc navýsost příjemná a dobrovolná, která nesměruje k dosažení vnějšího cíle, v dětství však přece jen často jako nácvik některé činnosti, kterou je potřeba zvládnout v dospělosti. Zatímco Fridrich Schiller viděl ve hře ideální formu svobodné lidské činnosti, Herbert Spenser vyslovil myšlenku, že hra je jakousi činností z přemíry nadbytečné energie, kterou potřebuje jedinec vydat a přitom se odreaguje, včetně své přirozené soutěživosti. Jean Piaget reaguje považuje hru jako přechodnou formu činností dítěte, fází ve vývoji intelektu mezi diferenciací asimilace a akomodace.

U dětí zvláště v nízkém věku můžeme pozorovat, jak je jejich hra ventilem osobních vnitřních konfliktů a je možné se domnívat, že nějakým způsobem toto unikání z reality do prostoru „jakoby“ může podporovat rozvoj vášně pro hru i v dospělém věku“ (Kalina et al., 2003, str. 267). U mládeže se můžeme setkat s vývojem nepřírozeného vztahu již k herním přístrojům – hra na hracích přístrojích vyžaduje čas, zájem a nemalé množství financí- či ke hrám na počítači, které postupně připravují jedince o možnost rozvoje v jiných životních oblastech, jako je vývoj identity, zvládnání práce, kterou chce jedinec vykonávat, sociální dovednosti či partnerské vztahy. „Hyperaktivní děti se vyznačují schopností strávit mnoho hodin u hracích automatů, přestože se v rodinné a ve školní realitě projevují nadměrně živě“ (Mühlpachr, 2003, str.26). „Mládež, pro kterou je v současné době hazardní hraní stále ještě symbolem zkrácené cesty k vyšší ekonomické úrovni nebo naopak výrazem životní nudy, ztráty smyslu až apatie, stále častěji zaplňují ústavní protigamblerské programy. V nich pozorujeme dále častý výskyt gamblingu jako součásti hospodského životního stylu v kombinaci s pitím piva, které rozpouští veškerá předešlá předsevzetí nehrát. Horší kombinací vzhledem k prognóze vyléčení je gambling s braním drog, neboť obě činnosti velmi rychle vyčerpávají finanční možnosti a fyzickou i psychickou schopnost takto komplikovanou životní dráhu ustát a poté vydržet frustrace v léčbě do zdárného vyléčení“ (Kalina et al., r. 2003, s. 267).

2.4 Ostatní závislosti

Kouření

Další návykovou drogou je tabák, jehož účinky se neprojevují tak rychle a dramaticky jako u ostatních drog a je ve společnosti tolerovanou drogou. V porovnání s účinkem cigaret se však považuje za méně nebezpečné kouření doutníků a dýmky. Z velkého množství chemikálií, které se v cigaretě nacházejí je jen jedna návyková – a to nikotin.

Typologie kuřáků

podle Schmidta uvádí Mühlpachr (2003)

- **Příležitostný kuřák**, který kouří na základě kuřáckých zvyklostí, které ho stimulují. Necítí potřebu a když se objeví, uspokojí ji, ale jinak mu cigareta nepůsobí žádné komplikace.
- **Návykový kuřák** kouří ze zvyku a při určitých konkrétních příležitostech, např. při kávě. Není ale na kouření fixovaný a kouření může ukončit bez námahy.
- **Kuřák s psychickou závislostí**, který má prožitek z vykouřené cigarety, v popředí u něho stojí vůně, chuť a ceremoniál. Patří sem i ti, kteří jsou motivováni prožíváním uvolněním a uklidněním při kouření cigarety.
- **Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí**, v případě absence se dostávají příznaky nervozity, křeče, neklid, pocení.

Kouření a děti

V expanzi tabákové reklamy, v následování filmových vzorů, v nudě, či naopak velkém zatížení, to jsou důvody zapříčiňující experimenty s kouřením. Mechanismus počátku kouření jednotlivých dětí a expanze dětského kuřáctví je téměř vždy stejný a je jednoduchý. Většina dětí začne tak, že postává někde na sídlišti (na návsi,...) s přáteli, kteří jsou již kuřáky. Je mu nabídnuta cigareta. Nepoučené dítě nerozumí principu fungování závislosti. Děti rády experimentují, proto cigaretu zkusí. Jak experiment dopadne, záleží na vztahu jeho organismu ke zvýšeným koncentracím nervových přenašečů emocí. V příznivém případě cigareta

zachutná, zkusí se znovu, pak ještě jednou. Za pár týdnů je dítě závislé. Pak už se přes nervové přenašeče emocí do cigarety zamiluje. Hodné děti ji s dobrou vírou šíří dál mezi své kamarády, aby ty taky zažily tento dar z nebes. Zlobivé děti ji také šíří dál, aby v tom při odhalení nebyli sami a aby měly širší prostor lidí, od koho cigarety získat, pokud na ně nebudou mít peníze.

Pokud jde o kouření dětí a dospívajících, je podle Marhounové, Nešpora (1995) prokázán významný vliv rodičů a starších sourozenců. Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším hromadným jevem. V některých skupinách mladých lidí patří dokonce kouření k normě, závazné pro každého člena. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti. Kuřáctví je spojeno s prospěchem uvádí Heller, Pecinová (1996), tvrdí, že čím horší prospěch, tím více a častěji jsou kouřeny cigarety. Typický silný kuřák je chlapec nejvyšší třídy základní školy s podprůměrným prospěchem uvádí Mühlpachr (2003). „Zajímavý výzkum prováděli pracovníci Ústavu zdravotní výchovy u pražských středoškoláků a vysokoškoláků. Ukázalo se, že mnozí studenti považují cigaretu za prostředek zahánějící únavu a v těchto situacích jsou návykem na nikotin ohrožení právě příležitostní kuřáci. Přitom kuřáci při únavě nejen kouří, ale často se také povzbuzují pitím kávy či alkoholu“ (Marhounová, Nešpor, 1995, s.65).

Myslím si, že v dnešní době začíná být trendem zdravý životní styl, který kouření vylučuje a podporuje právě život bez nikotinu, i když právě děti začínají se všemi experimenty stále dříve, takže začínají kouřit ve stále nižším věku. Myslím si ale přesto, že je to spíše projev toho, že se chtějí přiblížit dospělým, popřípadě zapadnout do party. Že dnešní životní styl propaguje život bez nikotinu se projevuje i na poli politiky. V mnoha zemích byl po mnoho let zákaz kouření v uzavřených prostorách začleněn do legislativy v různých formách, zákonodárci citují vědecké důkazy, které ukazují, že tabákový kouř je často škodlivý pro kuřáky samotné a i pro osoby vystavené pasivnímu kouření. V České republice platí zákaz kouření na veřejných místech, v prostředcích veřejné dopravy, ve školách, v uzavřených zábavních prostorách a na pracovištích, v zařízeních společného stravování, pokud nemají zvláštní prostory vyhrazené pro nekuřáky a ve většině dalších veřejně přístupných prostorách, nově se také objevil zákaz kouření na zastávkách hromadné dopravy a žhavou diskuzí prochází právě nyní návrh o úplném zákazu kouření v hostinských a jim podobných zařízeních.

3. Teorie vzniku patologických závislostí

V odborné literatuře se objevuje mnoho teorií, které se snaží postihnout příčiny vzniku patologických závislostí. Kraus (2007) se v knize Sociální patologie zmiňuje o teoriích biologických, psychologických, sociologických a polyetiologických. Dále uvedu některé teorie vzniku závislostí, které uvádí Mühlpachr (2001) v knize Sociální patologie.

3.1 Biologické teorie

Základním východiskem těchto přístupů je hledání biologicky podmíněných znaků, které vytvářejí dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Pro takové jednání není tedy podstatná výchova ani sociální prostředí, ale biologická podstata člověka, která determinuje jeho další vývoj.

- **Genetická teorie.** „Genetická teorie vychází z předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci, kdy mezi předky diagnostikovaného alkoholika byly objeveny osoby s alkoholickým vývojem a sociální či psychologickou patologií“ (Mühlpachr, 2001, str.28).
- **Enzymová teorie.** „Enzymová teorie spojuje vznik a rozvoj závislosti se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol, v případě závislosti na alkoholu“ (Mühlpachr, 2001, str.28).
- **Dopamin endorfinová teorie.** „Tato teorie má platnost nejen pro závislost na alkoholu, ale i na závislosti na jiných drogách. Nejnovější výzkum endorfinů ukazuje na úzkou fyziologickou souvislost mezi drogovou závislostí a závislostmi, které nejsou vázané na nějakou látku. Endorfiny jsou vznikající látky v organismu podobné opiátům, které vzbuzují podobné účinky jako drogy. Organismus je produkuje, když se člověk ocitne v extrémní zátěžové situaci a při silných bolestech. Endorfiny zmírňují bolesti, mají dočasně omamující účinky a vyvolávají pocity euforie“ (Mühlpachr, 2001, str.28).

- **Kretschmerova** typologie osobnosti, který rozdělil tři základní typy – astenický, pyknický a atletický a jim přiřazeny určité psychické vlastnosti. Toto inspirovalo **W. H. Scheldona** k vytvoření klasifikace lidských typů. Sheldon se na rozdíl od Kretschmera opíral o fotografie lidských těl z různých stran a na základě toho dospěl ke třem konstitučním typům s rozdílným temperamentem i stupněm mentální úrovně.

3.2 Psychologické teorie

Při hledání příčin vzniku závislosti lze uplatnit také psychologický přístup. Psychologické teorie kladou důraz na osobnost člověka, motivaci, agresi, frustraci či sílu ega.

- **Hlubinná psychologie.** „První pokusy vysvětlit patologické zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých, s rysy raných vývojových stádií, tzn. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury byla předpokládána přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím drog. Abúzus představuje emoční obranu, spojenou se snahou navodit rovnováhu organismu. Drogy jsou užívány k emočnímu zvládnutí interakce s okolním světem. Vědomé užívání není hledáním vzrušení, ale farmakologickou redukcí emočního utrpení a stresu“ (Mühlpachr, 2001, str.30).

- **Neobehaviorální psychologie.** „Tato teorie odmítá závislost jako nemoc a prezentuje ji jako naučené chování, které vychází z potřeby sebeprosazení“ (Mühlpachr, 2001, str.30).

- Psychoanalytické koncepce se opírají především o učení **Sigmunda Freuda**, podle něhož je duševní život ovládán pudy a pokud je některý pud potlačován, může dojít ke konfliktu. Pokud člověk pudy nepotlačuje, jeho chování se stává deviantní ze strany společnosti. Pokud člověk pudy potlačuje a je konformní vůči společenským normám, je podle Freudova učení deviantní vůči své vlastní přirozenosti“ (Kraus et al., 2007, str.17).

- „O integraci psychoanalýzy s behaviorismem se pokusil **John Dollard**, který je představitel teorie frustrace a agrese. Předpokládá, že člověk má určité vrozené instinkty, které zásadně ovlivňují jeho vývoj. Společenské prostředí, podle něho, brání svobodným

vnitřním projevům a to vyvolává frustraci, která může uvolnit agresivní jednání. Vybití pak vede ke zklidnění jedince“ (Kraus et al.,2007, str.17).

- **John Bowlby** se nedomnívá, že by deviantní jednání bylo dědičné, ale spíše se snaží vysvětlit z hlediska rané socializace, kdy se vytváří postoje vůči normám a hodnotám. Bowlby tvrdí, že většina delikventů, kteří jsou chronickými recidivisty, trpí nedostatkem mateřské lásky z raných let, plně se to tak týká dětí z dětských domovů, uvádí Kraus (2007).

- **Jean Piaget** byl jedním z prvních, kteří spojovali vznik a rozvoj deviantního chování s morálkou a vývojem morálního života. Piaget rozlišoval dvě základní stádia morálního vývoje, tzv. heteronomní, kdy je jednání jedince určováno postupně přebíranými normami a potom autonomní, kdy je jednání určováno zvnitřněnými vlastními normami, uvádí Kraus (2007).

- Jiný pohled přináší **Lawrence Kohlberg**, který rozlišuje tři stádia: předkonvenční, konvenční a postkonvenční. Podle něho odpovídá uvažování většiny delikventů předkonvenční morální úrovni.

- Známostou teorií osobnosti ve vztahu k deviantnímu jednání je **Eysenckův model** osobnosti člověka. Ten vycházel z poznatku, že psychologické vlastnosti vytvářejí určité syndromy, které mohou být charakteristické pro určitý okruh lidí. Jeho členění je v rovině extroverze – introverze a emoční labilita- stabilita a tyto roviny mohou vytvářet různé varianty osobnosti. Takže např. emocionálně stabilní extravert může být blízko deviantnímu chování svou bezstarostností, lehkomyšlností a naopak extravert nestabilní svou impulsivností, vzrušivostí, agresivitou.

3.3 Sociologické teorie

Podle těchto teorií je deviance jev, který vzniká jako produkt patologického sociálního prostředí, v němž jedinec žije. Sociologické přístupy zdůrazňují v souvislosti se sociálně deviantním jednáním jako rozhodující vliv společnosti. Problémy navazující na konzumaci alkoholu, drog, obecně patologické závislosti mají povahu sociálních jevů.

- **Klasické studie** se zaměřují na obecné vývojové charakteristiky, ke kterým ve společnosti dochází. „Je to migrace do velkých měst, rozvoj masové komunikace a kultury, vzrůstající tlak na výkonnost, tímto dochází k nárůstu potřeby mírnit tyto tlaky, což může zajistit droga a alkohol“ (Mühlpachr, 2001, str.29).

- **Teorie distribuce spotřeby alkoholu.** Tato teorie využívá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů uvádí Mühlpachr (2001). Další distribuční teze jsou např.:

- země s vysokou spotřebou alkoholu mají největší prevalenci chorobnosti související s alkoholem

- čím více je ve společnosti konzumentů, tím více v ní bude i alkoholiků, a tím větší bude výskyt ekonomických a dalších škod způsobených alkoholem

- výskyt a rozšíření alkoholismu jsou determinované celkovou úrovní spotřeby v dané populaci

- spotřeba na obyvatele za rok poskytne spolehlivý odhad počtu alkoholiků a další teze.

- **Teorie sociální anomie** je stav ve společnosti, kdy dochází k nedostatečné sociální regulaci a přestávají platit zákony. V učení Emila Durkheima je patrná snaha vysvětlovat sociální jevy, výhradně sociálními příčinami. Stěžejní pozornost věnoval tzv. sociální solidaritě, díky níž se lidé sjednocují ve společnost. „Sociální solidarita produkuje normální dělbu práce. Objektivním ukazatelem solidarity je právo. Nízká úroveň dělby práce je znakem mechanické solidarity. Organická solidarita je charakteristická pro rozvinutou, moderní společnost. Pokud stávající solidarita není v souladu existující dělbou práce, dochází k nárůstu patologických jevů a ty mohou vyústit v anomii, což je jako rozklad sociálních norem, kdy přestávají platit zákony a pravidla soužití. Anomie podle něho vzniká vždy jako důsledek náhlých ekonomických zvrátů a změn“ (Kraus et al., 2007, str.19).

- Robert King Merton rozpracoval Durkheimův koncept anomie. Shodně s ním tvrdí, že sociální deviace není výsledkem patologické osobnosti, ale je produktem struktury společnosti a její kultury. „Kultura dané společnosti vytváří institucionalizované vzory chování a vymezuje legitimní prostředky a způsoby jednání, vedoucí k dosažení společensky žádoucích cílů. Pokud však tyto cíle jedinec nemůže dosáhnout za pomoci legitimních prostředků, dochází ke konfliktu se sociální realitou a výsledkem je anomie - tedy stav, kdy

obecně přijaté cíle jsou v rozporu se společensky schválenými způsoby jejich dosažení“ (Kraus et al., 2007, str.19). V této souvislosti Merton odhaluje mýtus „amerického snu“, podle něhož mají všichni stejnou příležitost dosáhnout bohatství a individuální úspěch. Děti denně slyší z médií, že se mohou stát významnými osobnostmi, prezidenta nevyjímaje a záleží jen na nich, jak se budou snažit. Jasně se však ukazuje, že dosáhnout takových met mohou jen někteří. U ostatních pak dochází k frustraci, která může vést k deviantnímu chování.

- **Teorie sociální dezorganizace** podle které je třeba lidskou společnost vnímat jako živý organismus, který se od ostatních živočišných forem liší kulturou, tedy systémem uměle vytvořených pravidel (hodnot, norem), který ekologické procesy limituje. Zločinnost a deviantní jednání spojují se sociální situací ve společnosti. Reflektují souvislost s výraznou diferenciací společnosti. Představitel byl Robert E. Park, který sledoval, jak v rámci industrializace a postupující dělby práce ve společnosti dochází ke specializaci. V důsledku toho pak dochází k vytváření odlišných hodnot a norem. Sřetávání odlišných subkultur snižuje možnosti vnitřní i vnější sociální kontroly. Za situace, kdy je proces sociální kontroly narušen, kdy selhává dochází k sociální dezorganizaci, jejímž důsledkem je deviantní jednání. Dále Robert E. Park pozoroval další okolnosti vzniku deviantního jednání. Zjistil, že mladiství se nejčastěji dopouštějí deviantního jednání se svými staršími sourozenci, či jako členové gangu. Tedy, že dochází k předávání norem určité subkultury v rámci určitých skupin, např. vrstevnických, sousedských, příbuzenských, gangů. Podle stoupců této teorie dezorganizované prostředí sousedských (vrstevnických apod.) vztahů pomáhá produkovat a zachovávat „kriminální tradice“. Pokud se stane takové chování součástí určitých kulturních vzorů, pak se přenáší z generace na generaci. Ti, kteří se narodí v sociálně dezorganizované zóně jsou vystaveni tlakům jednat deviantně.

- **Teorie kulturního přenosu** E. H. Sutherlanda, který vychází z představy, že kriminální jednání není v osobnosti samé (zděděno), ale je naučené v procesu komunikace s druhými, v procesu socializace. Waltr Miller tento proces kulturního přenosu spojuje především s rodinou. Podle něho se člověk stává deviantem tak, že od narození přijímá příslušné vzory takového chování od svých rodičů.

- **Teorie sociální kontroly** – podle této teorie je porušování norem tak přitažlivé a zároveň přirozené, že se stává samo o sobě silnou motivací. Tato teorie předpokládá, že porušování

norem je přirozené a stát se deviantem není vůbec problém. Většina lidí se nechová deviantně, protože nechce přijít do konfliktu s existující sociální kontrolou. Většina lidí tedy nejedná deviantně pouze v důsledku působení sociálního tlaku různých institucí. Zatímco předcházející teorie se ptají, proč někteří lidé takto jednají, teorie sociální kontroly se ptá, „proč to ostatní nedělají také“?

- **Etiketizační teorie**, podle kterých lidé jednají na základě významu, který přisuzují určitým objektům – G.H.Mead. Tento význam se tvoří v interakci s druhými lidmi. Každý člověk zaujímá ve společnosti určité sociální role. Na základě tohoto přístupu je vysvětlováno i sociálně deviantní chování. Dítě, které kolem sebe bude neustále slyšet, že z něho nikdy nic nebude, že stejně skončí v kriminále, přijme roli člověka, který je k této dráze předurčen.

3.4 Polyetiologické teorie

V polyetiologických teoriích nacházíme snahu o interdisciplinární přístup, snahu o integraci jednotlivých sociologických koncepcí. Přispěly k tomu nové objevy v oblasti humánní genetiky, psychiatrie, ale i dalších vědních oborů. Dochází ke zdůraznění příčin bio-psycho-sociální povahy při vzniku deviantního chování uvádí Kraus (2007). Současná věda vychází z polyetiologických přístupů a zdůrazňuje přítomnost endogenních i exogenních příčin při vzniku deviantního chování.

Mühlpachr (2001) zmiňuje kulturně antropologické teorie. „Tyto teorie čerpají pojetí závislosti z etnografických studií, které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek, jejich účinků a prožívání a chování, vazby na pohlaví. Tyto teorie tvrdí, že užívání konkrétního typu návykové látky je spolupodmíněno mnoha činiteli, osobnostními, věkovými, sociálními, ale i faktory historickými, kulturními a geografickými“ (Mühlpachr, 2001, str.31)

4. Endogenní a exogenní příčiny vzniku závislosti

Závislosti na návykových látkách představují celosvětový závažný problém a proto jsou příčiny již desítky let intenzivně studovány. V posledních asi dvaceti letech je kladen zvláštní důraz na studium biologických (farmakologických) aspektů závislosti, jejichž poznání by mohlo významně přispět k prevenci i léčbě závislostí. K určitému pokroku v poznacích přispívají stále zdokonalované experimentální modely na zvířatech a samozřejmě

i lidech. Mezi příčinami vzniku závislostí na návykových látkách lze však rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů - *droga, člověk a prostředí*. K závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání znovu a znovu ji užívat. Dochází k tomu zpravidla častěji v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (party, diskotéky atp.)

Pokud bychom chtěli hledat příčiny vzniku závislostí je jasné, že pouze jedna příčina neexistuje. Nešpor (2000) uvádí, že to, zda se závislost rozvine nebo ne je dáno mnohaúrovňovou pokračující interakcí protektivních a rizikových činitelů. Podle Krause (2007) lze rozlišit **endogenní a exogenní příčiny** vzniku deviantního chování.

Endogenní příčiny mohou mít povahu biologickou, jedná se tedy o **faktory geneticky** dané a vrozené nebo psychologickou povahu, což jsou **faktory osobnostní**, které se vytvořily v průběhu vývoje osobnosti. Kraus (2007) uvádí, že pokud jde o příčiny první kategorie, máme dnes k dispozici řadu seriózních poznatků, které ukazují, že v určité míře i zastánci biologických teorií měli pravdu a nelze je jednoznačně zavrhnout.

4.1 Osobnostní faktory a dědičnost

Dědičnost

Výbava po předcích, se kterou člověk přichází na svět, může v dobrém i méně dobrém život ovlivňovat. Neuplatňuje se však automaticky, ale v kombinaci s dalšími vlivy. Genetická dispozice může být odpovědná např. za sníženou sebekontrolu či hyperaktivitu, ale tyto vlohy nevedou přímo k deviantnímu chování, pouze zvyšují pravděpodobnost, že v souvislosti a v kombinaci s dalšími faktory může k takovému jednání dojít. Genetické vlivy

tedy neznamenají, že se u někoho vyvine závislost, stejně tak nepřítomnost genetické zátěže naopak nezaručuje, že se u člověka závislost nevyvine, neboť dochází k vzájemnému ovlivňování všech faktorů, tedy osobnosti i prostředí.

Ohledně působení genetických dispozic na možný vznik závislosti přispěly především **studie dvojčat**, uvádí Kraus (2007), které porovnávají výskyt určitého znaku mezi skupinou jednovaječných a dvojevaječných. „Je prokázáno, že v rodinách osob závislých na alkoholu je riziko vzniku závislosti u potomstva zvýšeno, i když jsou odstraněny jiné působící faktory – např. odděleně vychovávaná jednovaječná dvojčata“ (Presl, 1994, str.49). Novější studie opřené o velké populační vzorky však ukazují, že vliv prostředí má o něco větší váhu než vlivy genetické zátěže. Autoři knihy *Geny a osobnost* (2003) uvádí, že každý mozek se může stát závislým, ale některé mozky jsou k tomu z genetických důvodů náchylnější, tvrdí, že prakticky všechny možné reakce na nejrůznější drogy jsou do určité míry ovládnuty geny, což potvrzují výzkumy na zvířatech. „Dědičné vlastnosti myši mohou být geneticky upraveny tak, aby myši dávaly přednost alkoholu před vodou. Lze také vyšlechtit myši, které po nepatrné dávce alkoholu začnou vrávorat a ztratí vědomí. Jiné myši lze naopak vyšlechtit tak, že mohou vypít mnohem větší množství alkoholu, aniž by se opily. Po nikotinu se některé myši učí lépe než jiné, ale některým nikotin způsobuje záchvaty. Všechny tyto rozdíly jsou čistě genetické. Myši byly testovány ve stejném prostředí a byly vystaveny stejným vlivům. Jediným rozdílem byly jejich geny. To neznamená, že existuje jeden jediný „gen závislosti“. Ve skutečnosti jsou různé reakce ovládnuty nejrůznějšími geny. Geny, které určují reakce na jednu látku, se jen zčásti podílejí na určování reakcí na jiné látky. Geny neovládají závislost, ale spíše reakce na určité látky – jaké množství látky může zvíře snést a do jaké míry látka ovlivní jeho chování. U lidí, stejně jako u zvířat, jsou všechny aspekty užívání nejrůznějších látek způsobujících závislost – od alkoholu přes amfetaminy až po nikotin – ovlivňovány geneticky. Při komparaci názorů z různých odborných knih se ale ukazuje že, genetická souvislost se závislostí na alkoholu není zcela prokázána. Nejčastěji jsou však problémy s alkoholem způsobené ne tím, že je jeden z rodičů alkoholik, ale z toho důvodu, že kvůli alkoholismu je celá funkčnost rodiny je špatná.

Vágnerová (1999) uvádí, že člověk, jemuž alkohol díky jeho geneticky dané metabolické dispozici přináší zvlášť příjemné pocity a nemá nepříznivé následky, si vytváří závislost mnohem snadněji. Vrozený předpoklad reagovat na alkohol pozitivním způsobem ovlivňuje

proces dalšího učení: člověk se snáze naučí pít, jestliže mu alkohol – alespoň na počátku – přináší jen příjemné zážitky.

Rizikové faktory z hlediska dědičnosti, které mohou znamenat vznik problémů s návykovými látkami jsou například problémy s návykovými látkami či duševní nemoc u předků, komplikovaný porod nebo poškození mozku při porodu, uvádí Nešpor (2001). Existuje zde však řada faktorů, které mohou rizika pozdějšího vývoje zvyšovat. Jde o nejrůznějším způsobem vzniklá prenatální poškození plodu, neboť posledních letech narůstá počet rizikových průběhů těhotenství i porodů a narůstá i počet dětí přicházejících na svět již oslabených. Stále přibývají studie o prenatálním poškození plodů nikotinem i alkoholem. Nebezpečí poškození plodu nezodpovědně užívanými léky, svůj vliv mají i ekologická poškození, zhoršující se životní prostředí, nevhodné až škodlivé složení stravy, alergizující faktory. Svoji roli hraje příliš vysoký či příliš nízký věk matky, který opět zvyšuje celkové riziko.

Osobnostní faktory

Vedle genetických dispozic patří k endogenním činitelům osobnost člověka. Nejde tedy o faktory vrozené, ale získané, a to především v raném dětství. V této souvislosti lze např. hovořit o tzv. nechtěných dětech, které na svět nikdo nevíta nebo o deprivacním syndromu.

Presl (1994) uvádí, že predisponované osobnosti lze rozdělit do dvou skupin:

1. Osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, mající často pocit vlastní nedostačivosti vůči svému okolí a komplexem méněcennosti. Mají problémy s komunikací, mezi závislými lidmi vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem a impulsivitě, s nízkou sebedůvěrou a neschopní odložit uspokojení aktuálně pociťovaných potřeb. Drogy, které jim poskytnou to, co se jim nedostává jsou nejčastěji drogy se stimulačními účinky.
2. Osoby spíše extrovertní. U nich se projevuje častá dráždivost, snížená schopnost koncentrace, sklony k impulzivnímu jednání a dramatizování, sebestřední, zvědaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. mají často konflikty s okolím, jsou agresivní. Opiátové drogy (např. heroin) u tohoto typu osobnosti vyvolávají pocit celkového zklidnění, nepoznaného vnitřního klidu.

Atkinsonová (1995) uvádí, že jedním z osobnostních rysů, který může ovlivnit užívání drog, je **sociální konformita**. Lidé, kteří uznávají tradiční hodnoty společnosti, přizpůsobují se daným normám, převažujícím a dominantním názorům neřeší případné problémy užíváním návykových látek. Domnívám se, že u některých mladých lidí se často objevuje silná touha „dělat všechno jinak, jít proti proudu“ a touží po vzrušení, neboť to, co nabízí běžný život je neuspokojuje. Tento vzdor vůči všemu zavedenému může vést k zapletení se do dalších odchýlných či nelegálních aktivit nebo až deviantnímu chování.

Mezi další příčiny vzniku závislostí lze uvést také **stres**. Hajný (2001) zdůrazňuje obrovský vliv stresových situací na vznik závislostí. Mezi mnoha jinými mohou být stresovými situacemi pro dítě i častá stěhování. Dítě ztrácí známé prostředí, kamarády, ztráta bezpečného pocitu z vlastního osobního prostoru- to jsou opět další potencionální stresory. Některé děti jsou extrémně citlivé, uvádí Hajný (2001) na přerušení vztahů a velmi těžko budují vztahy nové. Drogy, alkohol i cigarety mohou sehrát roli zprostředkujícího činitele, pod vlivem alkoholu či drog odpadá strach, ostych a člověk se snáze seznamuje. Je tu i riziko, že se v sídlištním prostředí vyskytují skupiny lidí, kde drogy berou, pokud chce člověk zapadnout, musí se přizpůsobit.

Kraus (2007) uvádí další faktory, které mohou přispívat k deviantnímu jednání. Jako jeden z faktorů, který může přispět k deviantnímu jednání je syndrom **LMD**, dnes nazývaný jako syndrom hyperaktivity. Postihuje častěji chlapce než děvčata. Projevy hyperaktivity přetrvávají a mají charakter zvýšené impulzivity, agresivity či sníženého sebehodnocení. Na vzniku deviantního chování se také mohou podílet **dispozice psychopatického rázu**. Je to dáno sníženou sebekontrolou, nižší tolerancí k chování jiných, vyšší impulzivitou, menší zralostí, větším zaměřením na sebe, pocity nadřazenosti. Ke geneticky disponujícím faktorům lze přiřadit i **snížený intelekt**, který pro člověk představuje handicap v mnoha situacích, především obtížnější rozlišování jednání, které je ještě v normě, a které již je mimo normu a může se pak podílet na deviantním chování. Rovněž samo **pohlaví** se svým způsobem podílí na deviantním jednání. Mužské pohlaví také zřetelně převažuje u sebevražedného jednání stejně jako u závislosti na alkoholu. Podobně je tomu např. mezi bezdomovci. Také studie o **chromozomálních** změnách přinášejí některé poznatky, které ukazují na to, že tyto změny mohou vést např. k selhávání v zátěžových situacích. Pak zůstává otázkou, jak, vzhledem k dalším souvislostem, bude ono selhání vypadat. Může znamenat určitý kolaps, ale také může vyústit v jednání, které bude mít deviantní charakter uvádí Kraus (2007).

Fetální alkoholový syndrom a neonatální abstinenční syndrom

Fetální alkoholový syndrom je podle Mühlpachra (2001) stav duševní zaostalosti s mnohočetnými defomacemi tváře a ústní dutiny. Negativním projevem, který způsobuje užívání opioidů matkami, je novorozenecký (neonatální) abstinenční syndrom (NAS).

Pokud pije alkohol těhotná žena, velmi tak ohrožuje i plod. Tzv. fetální alkoholový syndrom je pak nejčastější příčinou mentální retardace dítěte, či vrozených vad. Stejně tak u matek požívajících alkohol v období těhotenství, jsou problémem i drogově závislé ženy a matky. Závislost se svými následky není pouze zdravotnickým problémem. Novorozenci, kteří se narodí závislým matkám, jsou většinou adepty na pobyt v kojeneckých ústavech či jiných sociálních zařízeních. Je zřejmé, že přetrvávající drogové problémy rodičů se odrážejí v nestabilitě péče a pravidlech rodinného soužití vůči dětem, uvádí Kalina et al. (2003). Rodina se dostává do sociální izolace, celý problém popírá a vztahy mezi jednotlivými členy bývají narušeny, také tu vzniká riziko, že se při neřešení rodinné situace děti mohou vydat podobnou cestou jako rodiče. V takovém případě by hrálo svůj vliv sociální prostředí. Děti z těchto rodin si jistě vyžádají zvýšenou pozornost a patří k rizikovým skupinám, nelze však předem předpokládat problém s drogou v jejich budoucím životě. Při současném stavu drogové problematiky v naší společnosti lze očekávat další nárůst této specifické klientely, což přinese pro celou společnost mnoho dalších otázek a nutných řešení. Jedním z úkolů do budoucna bude systematické sledování generace dětí těchto matek a jejich další somatický a psychický vývoj.

Tab.: Počet dětí přijatých v souvislosti s drogovou závislostí matky

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
0	4	10	7	12	14	18

Zdroj: Pražský kojenecký ústav, 2002

Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti. Co se týče dědičnosti, existuje řada dokladů (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou

více, či méně uplatnit. Naopak žádný výzkum nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, zakládající vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, či dokonce determinující pro vznik a vývoj závislosti.

Mezi **exogenní příčiny** patří vše, co na nás působí z vnějšku. V první řadě se jedná o podněty z prostředí rodiny, prostředí školy, v období dospívání jsou to parta a vliv vrstevníků. Často diskutovaným činitelem vzniku patologických závislostí jsou média, lokální prostředí, vztah společnosti k drogám, postoje a normy, rozvodovost a oslabení rodin, míra dezorganizace ve společnosti, konsumní orientace společnosti a dostupnost návykových látek a samozřejmě droga sama s potenciálem závislosti. Patří sem i koncepce drogové politiky, investice a informovanost. Zvláštní oblastí jsou také provokující faktory jako zvědavost, nuda a požadavek na zvyšování výkonnosti člověka ve všech oblastech života.

4.2 Vliv rodiny

Rodina je základním činitelem při formování osobnosti, rodiče poskytují dítěti základní identifikační vzory, vznikají zde situace, na jejichž základě dochází u dětí k vytváření vhodných či nevhodných reakcí a jejich posilování, tzv. sociální učení. Rodina se tedy může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku nebo rozvoji závislosti některého člena, ale také může tomuto riziku předcházet nebo velmi pomoci při překonávání.

Na vztah drog a dětí a mladistvých má vliv demografické a sociální postavení rodiny, povahové vlastnosti rodičů, funkce rodiny jako celku, úroveň a druh výchovných přístupů rodičů a vzájemný vztah a přístup mezi rodiči a dětmi. Mezi protektivní nebo-li ochranné faktory patří přiměřená péče a dostatek času, pevné citové vazby dítěte, jasná pravidla týkající se chování a přiměřený dohled, existující pozitivní hodnoty v rodině např. vzdělání. Vřelý a středně omezující výchovný styl. Dobré mezigenerační vztahy a další Atkinsonová et al. (1995) uvádí, že mladiství, kteří pocházejí z nešťastných domovů, kde mají rodiče malý zájem o své děti, nebo používají tvrdé tělesné tresty, jsou náchylnější k užívání drog než mladiství, kteří pocházejí ze šťastnějšího rodinného. Pokud je tedy rodina dysfunkční svojí omezenou soudržností, nekvalitními a poruchovými interpersonálními vztahy a chudým a plochým způsobem života, ztrácí stabilitu a strukturu a dochází k deprivaci a traumatizaci jejích členů. Mezi rizikové faktory tedy patří podle Nešpora (2000) výskyt jakékoliv neléčené

a nezvládané návykové choroby či existence duševní choroby rodičů, schvalování pití alkoholu či užívání drogy, podceňování dítěte, nižší úroveň vzdělání rodičů, patologická závislost některého z rodičů na návykové látce, rizikovým faktorem může být i pokud je rodina neúplná a další. Podle koncentrace těchto nepříznivých faktorů se pak vyvíjí problémy, které mohou vést k návyku a závislosti některého ze členů, nejčastěji však dítěte, neboť to si zejména neví rady s nastalou situací.

Presl (1994) uvádí, že dominantním prvkem působícím na vliv závislostního problému v rodině je **matka**. Na veřejnosti stále převládá názor, že drogové problémy vznikají v rodinách, kde rodičovské péče je nedostatek, že jde o jakési zanedbání ve výchově, působení „ulice“, o „krkavčí matky“. Názor Presla (1994) je však opačný. Hlavní problém nevidí v nedostatečné péči, ale v péči přehnané, kdy se matka stará, pečuje, kontroluje, zařizuje, ale to vše způsobem absolutně nepřiměřeným věku dítěte dochází k tzv. hyperprotektivní péči. Matky své potomky vidí stále jako děti a nejsou schopny se ztotožnit s tím, že už dospívají a mají úplně jiné potřeby, zejména potřebu sebeprosazení a identifikace. Matka je ochotna poskytnout cokoli, ale nechápe, že méně je často více a že právě současný stav potomka je výsledkem neadekvátní péče.

Hajný (2001) ve své knize O rodičích, dětech a drogách uvádí často pozorované charakteristiky rodin, se kterými se setkává při léčbě závislosti

- **Svoboda a naopak nadměrná volnost.** Zdá se, že rizikovým rodinným prostředím mohou být takové rodiny, kde panují extrémní poměry, jako přílišná svoboda, která hraničí s chaosem nebo lhostejností na jedné straně a na druhé straně zase vztahy, kde jsou si všichni tak blízko, že bez sebe neudělají ani krok, se vším se svěřují – představují dokonalé hnízdečko uvádí Hajný (2001). Stejně tak je ale problém, pokud si rodiče sami neumí představit, co je vlastně v dané společnosti normální, co dítěti dovolit, pak dochází k tomu, že děti mají děti dovoleny pozdní příchody za dobrý školní prospěch, rodina pak netráví čas pohromadě, dítě se tak dostane příliš rychle do světa dospělých, nemůže si osvojit vzory chování, možnost učit se o partnerských vztazích díky pohledu na vztah rodičů, chybí mu společně trávený čas s rodiči.
- **Dítě jako důvěrník.** Dalším jasným signálem, že v rodině není něco v pořádku je, pokud se dítě stane důvěrníkem jednoho z rodičů, který si stěžuje na druhého z manželů či někoho z rodiny svému dítěti, jenže dítě je nepřipravené a v této situaci se neumí zorientovat.

- Z typických rysů výchovných postupů v rodinách problematických dětí je **nepružný a úzký výběr výchovných přístupů**. Patří mezi ně například nekonečné domlouvání, které tvoří směs výčitek, výhrůzek, příslibů a manipulací a apelování. Stejně tak mlčení, kterým rodiče dávají najevo svůj hněv nebo rezignaci. Další špatný výchovný postup je v jednorázovém a nedůsledném prosazování sankcí, což znamená, že rodiče vymyslí sankci a oznámí ho dítěti, vzápětí však na něj zapomenou nebo se o něm pohádají. Špatným postupem je i tzv. vymáhání slibů, které jsou často nerealistické.
- **Nevyřešené konflikty**. V rodinách, kde se neřeší konflikty vzniká napětí, pocity zlosti a viny, což snižuje odolnost dítěte vůči návykovým látkám a blokuje ozdravné síly v celé rodině.
- **Náhradní řešení negativních pocitů**. Ukazuje se, že riziko vzniku zneužívání návykové látky je vyšší v rodině, kde převládá náhradní řešení negativních pocitů. Zvláště riskantní jsou extrémní případy rodin alkoholiků či toxikomanů. Naše společnost velkou část těchto způsobů toleruje, některé jsou dokonce považovány za normální nebo správné, např. jsem nervózní, tak si zakouřím, najím se, jdu si zasportovat, vezmu si léky a další způsoby. Nikotin a alkohol jsou však na prvním místě.
- **Přehnané ambice rodičů kladené na dítě**. Přirozené tendence rodičů jsou, aby jejich děti měly lepší život než oni sami. Pokud je však tato touha přehnaná a rodiče mají jiné představy než jejich děti a dochází k tomu, že je na dítě vyvíjen tlak, na který ono nemůže stačit. Důsledkem takového jednání může být například v tom, že rodiče vyžadují lepší známky než jaké by odpovídaly schopnostem dítěte nebo ho vedou do zájmových činností, sportu, kde hodnotí jeho výkony a ne prožitek nebo radost dítěte ze hry. Dítě se může cítit bezmocné a neschopné a tato situace pak může vyústit v problémové chování, selhávání dítěte, absence, lhaní a dokonce i k užívání drog.
- **Rozvod**. Stresová situace v rodině jako je rozvod má na dítě obrovský vliv. „Očerňování, obviňování druhého z partnerů, zatahování dítěte do konfliktů či zneužívání dítěte jsou jasnými následky nedořešeného rozvodu, k tomu nedostatečná kontrola, z důvodu přetížení jednoho z rodičů nebo naopak nadměrná kontrola a náročnost při výchově, s cílem dokázat bývalému partnerovi, že „to jde“ i bez něho jsou pak různé způsoby reakcí rodičů na rozvod. Poté je už jen krůček k tomu, aby se dítě začalo chovat problematičtě. Může se nadměrně rychle obracet k vrstevníkům, snažit se zmírnit emoce a vyřešit problémy prostřednictvím návykových látek snaží se najít všechno to, co nemůže najít doma.

Nešpor (2000) uvádí některé typické rysy rodin, kde se vyskytuje závislost

- **Pseudoindividualizace.** Dospívající s návykovým problémem se snaží odpoutat od rodičů, odmítá jejich autoritu, dochází k tzv. zdánlivému osamostatnění. Zároveň však ale dochází k tomu, že mladý dospělý selhává v životních situacích a není schopen se o sebe postarat, to zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje možnost k osamostatnění v budoucnu. Nešpor (2000) uvádí, že se doporučuje dítě začlenit zase do rodiny zpět do rodiny za tvrdých podmínek. Toho lze dosáhnout tím, že rodiče mohou pohrozit podáním trestního oznámení za krádeže, návrhem ústavní výchovy nebo v případě plnoletých odepřít při nespolupráci další podporu. Tento způsob se podle Nešpora (2000) může vést ke skutečnému osamostatnění.
- **Triangulace.** Znamená vytváření trojúhelníků. Dospívající s návykovým problémem si např. matce stěžuje na otce a otcí na matku, prarodičům na rodiče a rodičům na prarodiče, terapeutovi na rodiče a rodičům na terapeuta atd. Tím získává dospívající prostor pro to, aby pokračoval v návykovém chování, a znesnadňuje spolupráci svého okolí. Nejlepší obranou proti triangulaci je zlepšení komunikace mezi dospělými.
- **Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic.** Překračování meziosobních hranic může znamenat nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny. Překračování mezigeneračních hranice často projevuje spojenectvím např. mezi vše odpouštějící matkou a dospívajícím proti přísnému a rodině vzdálenému otcí. Nadměrná identifikace jednoho z rodičů s problémovým dítětem a vytváření patologických mezigeneračních spojenectví komplikuje překonání návykového problému u dítěte. S problémovým dítětem identifikovaný rodič navíc často zanedbá jiné stránky vlastního života i další členy rodiny. V rodinách, kde se vyskytuje návykový problém u jednoho z rodičů, dochází často k tomu, že rodič s návykovou nemocí se dostává do role zlobivého dítěte a naopak dospívající děti přebírají rodičovské role a uzavírají koalice s druhým z rodičů.
- **Patologická rovnováha.** V rodinách, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, se také objevují vztahy typu „něco za něco“, uvádí Nešpor (2000). Pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý má mimomanželský vztah, trpí jiným návykovým problémem, duševní nemocí nebo dělá něco jiného, co by pijící partner za normálních okolností netoleroval.

- **Umožňování** „Umožňovač“ je člen rodiny, který usnadňuje návykové chování např. tím, že vymýšlí omluvy pro školu, platí dluhy, vyřizuje problémy s úřady, soudy, poskytuje závislému hotovost. Umožňovač zdánlivě pomáhá, ale touto zdánlivou „pomocí“ oddaluje skutečné řešení. Mezi tzv. umožňovači lze nalézt nejen rodiče, ale i prarodiče nebo jiné blízké příbuzné.

4.3 Škola a vrstevníci

Škola

V dnešní době je většina rodičů pracovně velmi vytížena, není proto výjimkou, že s nimi dítě tráví pouze pár hodin denně. Proto může být vliv **školního prostředí** pro řadu věcí rozhodující. Škola by měla ve spolupráci s rodiči provádět systematickou prevenci sociálně patologických jevů, jenže dnešní doba je velmi náročná a také vzdělání klade vysoké požadavky na žáky. Vzdělávací proces klade důraz na výkonnost žáka, do popředí vystupuje otázka úspěšnosti. Tento tlak, nárůst požadavků na rozsah učiva je obrovský a může negativně ovlivnit dítě, které nemá předpoklady toto zvládnout. Pokud i rodiče tento tlak školy podporují, aniž by si byli uvědomili, zda je jejich dítě schopno tyto požadavky splnit, může dojít k tomu, že dítě ztratí důvěru v sebe sama, a ve své schopnosti, negativně se hodnotí. Pedagogové se snaží splnit normy, při té příležitosti mohou klást na dítě nepřiměřené požadavky a nerespektují pak vztah jedince k jednotlivým předmětům. Výsledkem toho je, že jsou mnozí žáci frustrováni v potřebě být úspěšní a tento jev pak navozuje negativní vztah nejen k učivu a ke škole, ale i ke vzdělávání jako hodnotě. Aby požadavky splnili, mohou opouštět nebo redukovat zájmové aktivity, a vést k náhradním zdrojům, což mohou být party, kde jedinec nachází ocenění.

Rizikovými faktory přispívajícími ke vzniku možné závislosti se stávají:

- špatný prospěch
- necitlivý přístup učitele
- neoblíbenost v třídním kolektivu

- přetížení
- nepřijetí na zvolenou školu

Vrstevnické skupiny

V období dospívání je vliv a názor **vrstevníků** jedním z mnoha faktorů, které se mohou stát rizikové, je to snaha vyrovnat se, překonat nebo upoutat pozornost ostatních kamarádů. Nesmírný vliv vrstevnických skupin v období dospívání může být směřován v pozitivním i negativním smyslu. Pokud má skupina negativní vztah k drogám, pak je členství v ní tou nejlepší prevencí. V opačném případě je to ta nejlepší cesta k drogové závislosti. V některých skupinách je však droga chápána jako módní prostředek pro dosažení příjemného stavu, jako cosi, co slouží „víkendově“ nebo rekreačně. Nejde zde o centrování se na drogu v pravém slova smyslu, a pokud vlna módnosti pomine, většina těchto lidí se bez problémů plynule orientuje na nový trend. Droga je zde pouze prostředkem, nikoliv cílem, uvádí Presl (1994).

Vrstevnické skupiny vykonávají různé funkce, které jsou zároveň důvodem pro jejich oblíbenost. Adolescent si ve skupině zkouší svůj autonomní status, také prostřednictvím skupiny získává identitu a posiluje sebedůvěru a respekt sám k sobě. Skupina poskytuje důležitou podporu v rámci procesu emancipace od rodiny (dospělých), funguje jako obrana před autoritou dospělých, což vede k tomu, že se adolescent cítí ve svém chování jistější, protože se tak chovají i ostatní. Členství ve skupině adolescentovi pomáhá získat sebedůvěrou a nepochybně také s psychologickými a fyziologickými změnami, které se v něm odehrávají. Je velmi důležité v jak, v jakém prostředí a s kým tráví dítě volný čas. Je třeba mít na mysli, že experimentování patří k určitému věku a uspokojení z toho, že takzvaně „vím, o co jde“ může být pro další život pozitivním faktorem a nejdůležitější je, aby dítě bylo schopno odmítat některé situace, zejména ty rizikové, aby bylo schopno se postavit tlaku vrstevníků, to ve smyslu prosazení vlastní individuality – tj. být vždy svůj. Záleží tedy na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu. Orientace na skupinové normy je často významnější než droga sama. Tato skutečnost je využívána v prevenci ve strategii „peer programů“.

4.4 Dostupnost návykových látek

Otázka dostupnosti návykových látek je považována za velmi důležitou, jde zejména o distribuci a cenu. Důležitým faktorem je tedy pohled společnosti na užívání dané drogy, jakým způsobem se společnost a zákony staví k hazardu, alkoholu, tabáku a drogám, zda je v okolí vysoká kriminalita, případně drogové gangy, neinformovaní, lhostejní nebo zkorumpovaní političtí vůdci. Snadná dostupnost alkoholu, cenová regulace nebo spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele. Alkohol, tabák i kofein jsou snadno dostupné, bývají častěji užívané a celkový počet závislých je proto vysoký. Přítomnost drogy jako faktoru ovlivňujícího vznik závislosti však nelze vyloučit. Je zřejmé, že pokud by kolem nás neexistovaly žádné návykové látky ovlivňujícího psychiku, drogový problém by těžko vznikl. V naší civilizaci je ale taková situace vyloučena a nezdá se, že by v tom budoucnost mohla cokoli změnit. Nelze totiž přehlížet, že poptávku po drogách všeho druhu nelze mocensky zlikvidovat a pokud existuje poptávka, vznikne vždy i nabídka, uvádí Presl (1994).

Mühlpachr (2001) uvádí základní faktory dostupnosti drog

- Strategická poloha územní ČR v centru Evropy, na hlavních tranzitních drogových trasách. Zejména se to týká heroinové, tzv. balkánské cesty, kokainové jihoamerické trasy a stále výrazně se projevující tzv. východní cesty.
- Vysoce rozvinutý a kvalitní chemický průmysl s tradičně velmi dobrou obecnou i speciální vzdělaností většího množství lidí na území České republiky.
- Velice kvalitní báze ilegálních výrobců domácích drog, která se v ČR vytvářela ještě v době hermetického uzavření územní před 1989.
- Tradičně dobrý organizační a inteligenční potenciál obyvatel ČR
- Vysoká propustnost a velice špatná kontrolovatelnost státních hranic, dnes již doslova otevřených.

K těmto aspektům doplňuje autor dva základní momenty zahraniční jako je rozpad bývalého Sovětského svazu a válka na Balkáně spolu s rozpadem bývalé Socialistické federativní republiky Jugoslávie, která vedla k masivnímu proudu lidí z těchto dvou směrů na západ

a tím i na území České republiky. Navíc jako cílová země začíná být Česká republika testována a používána africkou hašišovou trasou a holandskou trasou LSD uvádí Mühlpachr (2001).

4.5 Společnost a prostředí

Naše společnost je typická stresem, velká města přelidněností, odtržením od přirozeného prostředí přírody, spěchem, hlukem, ale i anonymitou a odcizeností. Kvalita životního prostředí se zhoršuje a příroda a její řád jsou necitlivými zásahy člověka stále víc narušovány, to všechno může nepřímo působit na člověka a jeho způsob vyrovnávání se s problémy.

Mezi další činitele, které se také mohou spolupodílet na vzniku závislostí jsou **média**, média ale mohou pomáhat i při prevenci uvádí Nešpor (2001). Média velmi často podávají jednostranný a zavádějící pohled na drogovou problematiku, nelze připustit, aby byla veřejnosti předkládána hotová, často naivní, laciná a nepravdivá řešení, aniž by byla co možná nejobektivněji informována a mohla sama věc zvážit a posoudit. Ve sdělovacích prostředcích objevují návody, jak si návykové látky obstarat nebo vyrobit a kde je získat, také jsou často popisovány senzační prožitky pod vlivem drog, sdělovací prostředky se také velmi rády zabývají drogovými a alkoholovými skandály známých osobností, to všechno se může stát inspirací k experimentování.

Naopak je nutno říct, že prostřednictvím sdělovacích prostředků jsou dětem nabízeny kladné vrstevnické modely, tedy mladí lidé, kteří žijí zdravě a rozumně a také jsou poskytovány informace o tom, kde hledat pomoc pro různé problémy, včetně problémů s návykovými látkami. Vliv médií je tím větší, když je času u televize jediným a hlavním společným způsobem trávení volného času rodiny.

Vše co nás obklopuje, jak rodina a sourozenci, vrstevníci, party, ale také škola, sdělovací prostředky, veřejné mínění, dostupnost počítačových her a další činitelé, to vše formuje postoj dětí ke světu, a proto také postoj k návykovým látkám obecně. Mládež drogu zneužívá především pro její schopnost doplnit chybějící možnost přirozené imaginace, fascinace, extáze. Domnívám se ale také, že je pravda, že pokud děti nerozumí rodinné situaci mohou řešit problémy prostřednictvím toho, že se uchýlí k partě či návykovým látkách. V dotazníku, který jsem předložila žákům základních škol se několikrát objevil jako důvod užití návykové

látky jako prostředku k řešení problému. Droga také vede k pocitu zvýšených schopností a dává možnost existence nad osobní limity. Tento stav, tato možnost může postupně naplnit životní snažení mladých lidí, jejich volný čas, zájmy, aktivitu.

5. Prevence

5.1 Typy prevence

„Prevenci závislosti je nutno chápat jako aktivitu vedoucí k posílení a ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života. Často se setkáváme v souvislosti s pojmem prevence s označením primární, sekundární a terciální prevence“ (Heller, Pecinovská et al., 1996, str. 150). Kalina et al. (2003) uvádějí, že smyslem primární prevence je, aby užívání drog nebylo společensky akceptovanou formou chování mladých lidí, jak je dnes obvyklé. Prevence tvoří jeden ze tří pilířů protidrogové politiky státu spolu s léčbou a nízkoprahovými službami tvoří soubor opatření směřujících k omezování poptávky uvádí Tkáč (2005).

Preventivní snahy jsou dnes podpořeny neúměrným růstem kriminality dětí a mládeže, zneužívání návykových látek, růstem brutality a vandalismu. Na obranu proti všem těmto nežádoucím fenoménům již existuje celá řada preventivních a pomáhacích programů realizovaných prostřednictvím státních i nestátních institucí či organizací.

Typy prevence

- *Primární prevence*

cílem primární prevence je předcházení vzniku závislosti, snaha o to, aby závislost ani nevznikla, je to práce se zdravou populací a její motivace ke zdravému životnímu stylu, který oni mohou ovlivňovat. Případně minimalizace tohoto jevu, pokud již nastal. Mezi nejčastější sociálně nežádoucí jevy patří závislosti na návykových látkách, gamblerství, šikana, kriminální jednání, rasismus, promiskuita, předčasná sexualita a řada dalších. Základním kritériem primární prevence je předejít nebo tyto nežádoucí jevy oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit experimentování s návykovými látkami, cílem je podle Nešpora (2000), aby se populace chovala zdravěji.

- *Sekundární prevence*

základním úkolem sekundární prevence je orientace na pomoc v existujícím nebezpečí závislosti, snaha rozpoznat symptomy závislosti a včasné zajištění odborné pomoci.

- *Terciální prevence*

se snaží předejít dalším škodám, zahrnuje opatření zabraňující návratu závislosti, podporuje výsledky léčby a postupně odstraňuje následky, minimalizuje sociální handicap postižené osoby. Jde o podporu vytváření nového hodnotového systému. V rámci terciální prevence existují tzv. terénní programy jsou určeny uživatelům drog mimo síť existujících služeb především s rizikovým způsobem chování, mladistvým, rekreačním uživatelům, krizovou intervencí, motivačním tréninkem, zprostředkováním a doporučením následné léčby, realizací programu harm-reduction, tj. snižování zdravotních a sociálních rizik způsobených užíváním drog, výměnou injekčních jehel a stříkaček, distribucí kondomů, desinfekcí vpichů apod. a dále poskytováním hygienického, potravinového a sociálního servisu. Pracují s rodinami experimentátorů i rodinami klientů motivovaných k léčbě. Poskytují poradenské služby, a to rodinné, rodičovské, partnerské a sociální.

Kraus (2007) uvádí, že lze dále rozlišit *prevenci specifickou*, týkající se jednotlivých sociálních deviací (např. prevence patologického hráčství, šikany, kriminality a další) a *nespecifickou prevenci*, která představuje působení směřující k celkovému formování osobnosti ve smyslu zdravého životního stylu, osobnosti, která bude odolná vůči nejrůznějším ohrožením, lákadlům a jiným negativním vlivům, tady hraje důležitou roli psychologie zdraví a duševní hygiena a psychoterapeutické přístupy.

V americké literatuře se, jak uvádí Nešpor (2000), lze setkat s jiným dělením:

1. Prevence – ta se dále dělí na další tři podskupiny a to:

- *Všeobecná*, která je určena celé populaci, např. celé třídě, tady se nejvíce uplatnily interaktivní programy jako jsou například peer programy.
- *Selektivní prevence*. Ta je určena těm, u nichž existuje z nějakého důvodu zvýšené riziko, např. děti, jejichž rodiče jsou závislí na alkoholu, těm, kdo ve škole selhávají a podobně.
- *Indikovaná prevence* je určena těm, u nichž ještě není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost, ale kteří vykazují některé varovné známky užívání návykových látek.

2. Léčba

3. Udržování stavu a prevence recidiv

Podrobněji se budu zabývat primární prevencí, neboť děti a mládež jsou prioritou primární prevence a také proto, že děti na základních školách jsou ve většině případů ve fázi experimentování s návykovými látkami. Hlavním těžištěm primární prevence je formativní věk a formativní prostředí, tzn. věk a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty. Formativní prostředí je rodinné a školní prostředí, ale také prostředí mimoškolní činnosti a volného času, z toho důvodu se budu zabývat primární prevencí v rodině a škole a poté uvedu základní data o prevenci prováděnou ostatními institucemi.

5.2 Primární prevence v rodině

Základním prvkem prevence byla, je a bude **rodina**. Rodina prošla mnohými proměnami uvádí Kraus (2007), které vytvářejí složitější situaci pro výchovu a formování osobnosti. Některé rodiny selhávají v procesu formování svých potomků. Kraus (2007) rozlišuje typy rodin, které se nemohou tohoto úkolu dobře zhostit, například z důvodu nemoci nebo se složitou ekonomickou situací, sem zařazuje i rodiny neúplné. Jako další skupinu uvádí rodiny, které nedovedou nebo nezvládají úkoly spojené s výchovou dětí, nejsou schopny vytvořit nezávadné rodinné prostředí. Důvody vycházejí z vlastních osobnostních dispozic např. nízká intelektová úroveň, nepřipravenost pro rodinný život. Třetím typem jsou rodiny, kde se rodiče ani nechtějí podílet na výchově svých dětí, kde se dítě jeví jako překážka, např. dvoukariérová manželství nebo otec recidivista, matka prostitutka a další.

Rodiče život svých dětí velmi výrazně ovlivňují, postoje k návykovým látkám nevyjímaje: každodenním společným soužitím, způsobem komunikace, životním stylem a hodnotami, které jim předávají. Proto je jednou z cest primární prevence působit na rodiče, všude tam, kde se scházejí, zejména v zaměstnání, při zájmové nebo občanské činnosti .

Uvádí se, že jedním z preventivních prvků je potřeba s dětmi mluvit. Na první pohled samozřejmě, řada rodičů to přesto nedělá, jejich promluva s dětmi jsou pouze příkazy a zákazy, málo se ptají. Děti staršího školního věku toho o drogách budou možná vědět více než rodiče. Rodiče by se měli dostatečně informovat, aby mohli být jejich partnery v diskuzi na toto téma. Nejvhodnější je získávat informace nikoli z médií, ale od odborníků a z odborné

literatury. Když se rodiče v rozhovoru o drogách omezují na výčet hrozných důsledků jejich užívání, popisování bídné smrti toxikomanů a výklad zakončí důrazným zákazem, ne-li výhružkou, je to absolutně špatný postup, kterým nedocílí nic jiného, než že s nimi děti nebudou chtít na toto téma diskutovat, neboť třeba znají ve svém okolí ty, kteří občas "něco zkoušejí" a lidské trosky to nejsou. Je dobré nezamlčovat příjemné účinky, pro které lidé drogy berou. Myslím si, že zakazovat něco někomu vždy přineslo úplně opačný účinek, tzv. fenomén zakázaného ovoce, které nejlépe chutná je toho přímým důkazem.

Mluvení však musí zahrnovat zejména naslouchání, kdy rodič mlčí a pozorně poslouchá, co se dítě snaží sdělit. Opravdu naslouchá a nemyslí na to, co uvaří k večeři, ani co nestihl v práci. Jen tak dítě vnímá, že pro rodiče jsou důležitá jeho slova i ono samo. Vytváří se tím dobrý vztah mezi rodiči a dětmi. Podobný efekt má společná činnost. Tím rodiče pomáhají vytvářet sebedůvěru, motivují potomka k sebezdokonalování a zároveň mu tím říkají, že v životě může něčeho dosáhnout a že má význam o to usilovat.

Velmi důležité je předat dítěti systém hodnot a zásady, hodnotu zdraví a života které mu pomohou nepodlehnout vlivu většiny (v případě drog vlivu vrstevníků, kteří začínají experimentovat s drogami). Mělo by vědět, že to, co dělají všichni, ještě nemusí být správné, že není potřeba být ve všem stejný jako ostatní. Dítě nesmí pochybovat o lásce rodičů, o tom, že jim na něm záleží, že sdílejí jeho radosti i problémy a jsou připraveni podat mu pomocnou ruku, kdykoli to bude potřebovat. Mladiství vždy hledají uznání, potvrzení a náklonnost. To nesmí být vázáno na výkony ve škole. I ten, kdo ve škole selhává, by se měl doma cítit přijímán a v bezpečí. Jinak je nebezpečí, že bude hledat uznání jinde, třeba právě v partě, kde, aby zapadl, může začít konzumovat drogy a samozřejmě bude kouřit a pít alkohol. Rodiče však dítě nejvíce ovlivňují svým každodenním počínáním, jdou jim příkladem v pozitivním i negativním. Synové a dcery jsou velmi vnímaví ke všemu, co rodiče dělají (tedy i ke kouření, užívání medikamentů, popíjení alkoholu ...), dokonce mnohem více než k tomu, co říkají. Chtějí-li rodiče, aby se dítě řídilo jejich slovy, musejí se podle nich sami chovat.

Jaké zvyky v rodině zvyšují odolnost dítěte vůči drogám?

Podle Hajného (2001) je to dodržování tradic, pravidel a zvyků. Dále je důležité, jak rodina dokáže reagovat na události, které přináší čas, tedy na nečekané změny, zda se dovede vyvíjet, jestli rodina dokáže poskytnout bezpečí a zároveň dostatek podnětů pro vývoj dítěte, dalším faktorem je, zda rodina řeší neodkladně konflikty a nedusí je tzv. pod pokličkou. Odolnost dítěte jednoznačně upevňuje chválení, pozitivní hodnocení a rodič jako vzor zdravého sebevědomí, což dítěti dodává sebevědomí a pocit, že má svoji hodnotu, to mu pak

může pomoci v překonávání obtížných životních situacích a důležité je také, zda rodiče věnují dítěti dostatečnou pozornost.

Prevence podle věku dítěte

podle Nešpora (2001)

1. Období před narozením

Ženy ještě v těhotenství ohrožují dítě ještě před narozením tím, že kouří, pijí alkohol nebo drogami. Stejně tak léky by těhotná žena měla užívat jen na předpis lékaře. Dále prospívá dítěti dobrý duševní stav matky.

2. Od narození do 1 roku

Okolní svět zastupuje rodina. Toto období je důležité z hlediska vytváření citových vazeb, je to zejména přirozený porod, dlouhodobé kojení, když je matka s dítětem doma, když na dítě hodně mluví. Z hlediska prevence je tedy důležitá péče, vřelost, prevence citové deprivace a uspokojení potřeb.

3. Od 1 roku do 3 let

Prevence problémů s návykovými látkami je stále nespecifická. Důležité je vytvářet a udržovat bezpečné a předvídatelné prostředí. Rodiče musí být trpěliví a prosazovat hranice co smí a co už ne.

4. Od 3 do 6 let

Období předškolního věku, dítě začíná pronikat mimo rodinu – školka, vrstevníci, sousedé, je třeba, aby si dítě uvědomilo normy, hranice a omezení. Dítě zkoumá, zjišťuje a vyptává se, je důležité mu rodiče i jiní dospělí trpělivě věnovali, jejich odpovědi mají pro dítě velký význam. Dítě by se mělo naučit, že zdraví a jeho ochrana jsou velmi důležité a mělo by začínat podle toho jednat, v případě nebezpečí by mělo umět požádat o pomoc a v mezích se učit nebezpečí bránit.

5. Od 6-12 let

Období mladšího školního věku. Už v tomto věku dochází k experimentům z návykovými látkami, výjimečně se lze setkat s dětmi, které jsou už v tomto věku na těchto látkách závislé. Mělo by se pokračovat s nespécifickou prevencí, ale je třeba již zapojit prevenci specifickou, která bere v úvahu konkrétní návyková rizika. Důležité jsou jednoznačné informace o škodlivosti alkoholu a tabáku pro děti a dospívající a jasné a zdůvodněné zákazy týkající se těchto látek, ale i hazardních her. Samozřejmě je nutné, aby tyto látky nebyly dítěti doma dostupné. Nadále je třeba posilovat hodnotu zdraví.

6. Dospívání 12-20 let

Dlouhé období, kdy probíhají velmi rozsáhlé změny. Období puberty se vyznačuje zvýšenou emocionální labilitou. Roste důležitost vrstevnických skupin, přátel, kteří nadměrně pijí alkohol nebo berou drogy patří v dospívání k nejrizikovějším činitelům. Rodiče by měli povzbuzovat k hledání dobrých přátel a podporovat zájmy a koníčky. Dospívání je obdobím, kdy se dítě připravuje na své povolání a také na samostatný život mimo rodinu. S tím souvisí stres, zejména pokud se dítě nedostane na vysněnou školu. Rodiče by neměli klást na dítě nároky, které nedokáže splnit. I u dospívajících by měla rodina zajistit přiměřený dohled a i zde platí, že je nejlepší vřelá a středně omezující výchova přiměřená věku, kladem je i stabilní a předvídatelné rodinné prostředí. Důležité je, aby dospívající uměl předvídat následky svého jednání, důležitá je mediální gramotnost, včetně schopnosti čelit tlaku reklamy na návykové látky.

Myslím si, že jednoduše nejdůležitější je si dítěte všimnout, posilovat jeho sebevědomí, sledovat jeho zájmy, problémy, názory, způsob trávení volného času, znát jeho sny, cíle a potřeby a podporovat ho, vyjadřovat mu lásku a zájem o něho, to všechno zvýší jeho sebevědomí, poskytne mu pocit bezpečí a dítě nebude mít potřebu hledat jiné útočiště či jinou formu uspokojení v životě. Domnívám se, že jasným ochranným faktorem je i rozvoj podpora zájmů, i když se zájmy mohou měnit, člověk získává pocit, že je v něčem dobrý, že se může na něco těšit a rozšířit si meze svých schopností, navíc se tak předchází nudě, která je

také rizikovým faktorem. Takto lze posílit víru ve vlastní schopnosti a vytvořit si tzv. „obrný krunýř“ proti možnému vzniku závislosti, neboť také pocit nudy může zapříčinit chuť k experimentování s drogami.

5.3 Primární prevence ve škole

Jednou z dalších cest primární prevence je působit na děti prostřednictvím školy, současný trend soustřeďovat prevenci pouze do škol je také nesystémovým krokem. Je třeba říci, že před rokem 1989 primární prevence patologických závislostí na školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví - Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Prevence závislostí se dlouho týkala pouze alkoholu a tabáku. Vycházelo se z dokumentů vlády, většinou z kapitoly s názvem Boj proti negativním jevům mládeže. Lektoři veškerých preventivních aktivit byli většinou starší lékaři a jejich působení spočívalo převážně v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů a mentorování. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, osvětenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů, diskuse byla téměř nemožná. Všechny aktivity ve školách byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol. Po roce 1989, díky různým mezinárodním projektům, které měly za cíl nastartovat preventivní práci v České republice, přibylo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky. Od roku 1989 se začaly rozvíjet i vzdělávací aktivity pro pedagogy v oblasti prevence, zejména drogové. Jednak proto, že docházelo k nárůstu problémů s drogami v naší společnosti, ale také proto, že experti upozorňovali na skutečnost, že škola je po rodině tím nejdůležitějším prostředím, ve kterém je zapotřebí realizovat preventivní práci. Učitelé měli o této problematice minimálně informací.

Minimální preventivní programy ve škole

Systémovým prvkem v realizaci prevence na základních školách jsou minimální preventivní programy. Ty se zaměřují na prevenci zneužívání návykových látek i jiných sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, snaží se je minimalizovat, nejlépe jim předcházet. Minimální preventivní program vychází ze Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství,

mládeže a tělovýchovy na období 2005-2008 a Školního preventivního programu pro mateřské a základní školy a školská zařízení. Jeho realizace je pro každou školu a každé školské zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce. Minimální preventivní program je pravidelně každoročně vyhodnocován. Sledována je celková účinnost minimálního preventivního programu (do jaké míry bylo dosaženo stanovených cílů) i jeho průběh (jak program postupoval). Měřena je také efektivita jednotlivých aktivit, které byly v rámci minimálního preventivního programu realizovány. Významnou roli v oblasti prevence na škole zaujímá vedle pedagoga výchovný poradce na škole, školní psycholog, ředitel a samozřejmě dobrá spolupráce nejen s rodiči, ale i se všemi odbornými poradenskými pracovišti.

Za program odpovídá ředitel školy spolu s metodikem prevence. Tito také zabezpečují vzdělávání všech školských pracovníků, zajišťují preventivní aktivity, spolupráci s rodiči a jinými institucemi v této oblasti. Nedílnou součástí je i přehled a nabídka volnočasových aktivit, neboť sport odvádí od nudy, drog a bezcílného plýtvání časem. Při vytváření minimálního preventivního programu se autoři snaží respektovat problémy vyskytující se v regionu, promítnout specifika školského zařízení, vztah k drogám mezi dětmi a mládeží, součástí je také školský řád, kde je jasně stanoven postoj zařízení k drogám legálním i nelegálním a postup zařízení při řešení vzniklých problémů, uvádí Kalina (2003). Realizace i efektivita minimálního preventivního programu je však na školách různá, je třeba program neustále aktualizovat a obohacovat o nové aktivity, aby byl co nejvíce efektivní. Cíle minimálního preventivního programu jsou zejména výchova ke zdravému životnímu stylu a výchova ke zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti negativnímu působení nabídky drog, uvádí Kalina (2003).

Primární prevenci na prvním stupni má na starosti třídní učitel. S jednotlivými tématy se děti setkávají především v prvouce, přírodovědě a vlastivědě. Při výuce lze využít různých metod, např. výklad, předávání informací, samostatnou práci, skupinovou práci, projektové vyučování, dramatickou výchovu nebo využít materiály školy z oblasti primární prevence.

Prevence na druhém stupni je velmi náročná na koordinaci, tak aby byla probrána všechna témata, ale nedocházelo k jejich překrývání a přesycení žáků informacemi. S tématy z oblasti prevence se pracuje v předmětech občanská výchova, rodinná výchova, přírodopis, chemie, dějepis, český jazyk a literatura.

Prevenici ve školách provádí například policisté, zdravotničtí odborníci (pracovníci protidrogových a protialkoholních zařízení, speciálních protidrogových zařízení pro mládež, školní zdravotníci), občanská sdružení, uživatelé drog i bývalí uživatelé, učitelé či vrstevníci.

• **Pedagog**

Aby byla prevence účinná, je třeba, aby výchova proti závislostem probíhala souběžně s pedagogickým procesem, jehož je nedílnou součástí, probíhala jako kontinuální proces, neboť dlouhodobost prevence je jedním ze základních předpokladů její účinnosti a aby byla opřena o oblíbené osoby s přirozenou autoritou a schopností vytvořit si vztah k dětem.

Velmi důležitou roli v primární prevenci ve školním prostředí hraje učitel. Statut profesionálního vychovatele předpokládá plnění nejen role výchovně vzdělávací, ale také poznávací s prognózováním dalšího vývoje žáka.

V první řadě musí být učitel důkladně seznámen s problematikou té které patologie, znát zásady včasné intervence, tedy základní pravidla sociální práce. Měl by analyzovat osobnost žáků, snažit se je co nejlépe poznat a souběžně budovat pedagogický vztah. Z hlediska prevence je nutné mapovat žákovy schopnosti, vlastnosti, rodinné zázemí, ale i cíle a touhy. Zvláštní pozornost si zaslouží žákova nesplněná přání, neúspěchy či frustrační tolerance i případná agresivita, neuroticismus i neadaptivní a maladaptivní projevy. Z neadaptivních samotářství, zamlklost, z maladaptivních záškoláctví, dětské lži a krádeže, projevy zlomyslnosti či napadání slabších. Je třeba znát také žákův zdravotní stav, ordinované léky a to vše v kooperaci s rodiči či školními lékaři. Do hodnotového systému proniká pedagog později a to co nejšetrněji, zejména u dospívajících. Učitel někdy zjistí více při školním výletě nebo při sportovním klání, nežli ve výuce. Mimořádné události mohou vést k překvapením.

Jako nejlepším prostředkem prevence závislostí je aktivní působení na žáka a jeho motivace, důležitá je pomoc při volbě cílů, dále je velmi vhodné nabídnout dětem zajímavé alternativy využití volného času, rozvíjet jejich hodnotový řebříček, používat motivující hodnocení, diskuzi, stimulační hry či využívat relaxační techniky, komunikovat. Vyčlenění takových aktivit do samostatného časového bloku je nesystémové a málo účinné. Učitel by měl dále by měl koordinovat preventivní aktivity, využívat internet k interaktivnímu vzdělávání, předávání informací dětem, mládeži, rodičům a pedagogům o zdravém životním stylu a sociálně patologických jevech, spolupracovat s rodiči. Pedagog by měl také důsledně trvat na dodržování školního řádu - nestačí přečíst na začátku školního roku.

Autoritu pedagoga může snižovat slabost pro některou závislost, proto je důležité, aby na sobě pedagogové pracovali, neboť tvoří identifikační vzory pro děti a mládež.

- **Ředitel**

Ředitel školy vytváří podmínky pro realizaci prevence v oblasti sociálně patologických jevů, pověřuje vhodného pracovníka funkcí školního metodika prevence, zodpovídá za soustavné vzdělávání pracovníků školy v oblasti prevence, zajišťuje spolupráci s rodiči, popř. zákonnými zástupci v oblasti prevence, sleduje efektivitu jednotlivých preventivních aktivit, zajišťuje zakotvení preventivních opatření proti sociálně patologickým jevům v řádu školy a v neposlední řadě provádí příslušná opatření při výskytu sociálně patologických jevů ve škole.

- **Školní metodik prevence a výchovný poradce**

Školní metodik prevence a výchovný poradce koordinují soustavné vzdělávání pracovníků školy v oblasti prevence, zajišťují hodnocení procesů a podílejí se na opatřeních při výskytu sociálně patologických jevů ve škole.

Formy primární prevence prováděné školou

Mezi nejčastější formy primární prevence patří přednášky a besedy ve většině případů zajišťované odborníky z vnějšku v uvolněných vyučovacích hodinách a komponované pořady, které jsou z hlediska efektivnosti velmi sporné, naopak jako efektivní uvádí Kalina (2003) jsou hodnoceny interaktivní programy pro žáky vedené peer aktivisty, odborníky a proškolenými samotnými pedagogy.

Jednorázové preventivní programy mívají většinou formu besedy, přednášky nebo komponovaného programu. Trvají jednu až dvě vyučovací hodiny a jejich obsah je závislý na osobnosti lektora. Většinou po určité orientaci ve znalostech a postojích žáků následuje předávání informací a poznatků spojené s odpověďmi na dotazy, někdy i s aktivním zapojením žáků prostřednictvím interaktivních technik. V komponovaných pořadech bývá využíván film, video, živá hudba nebo divadelní výstupy. Obsahově se tyto typy programů zpravidla zaměřují na poznatky týkající se dělení drog, jejich účinků a následků, na

mechanismus vzniku závislosti, na životní hodnoty a důvody vedoucí ke zneužívání drog, na zmínky o možnostech řešení drogové problematiky, řešení rizikových situací. Donedávna byly jednorázové preventivní aktivity nejčastější formou působení na žáky, i přesto, že bez návaznosti na dlouhodobé programy jsou téměř neúčinné, zvláště když jsou realizovány pro větší počet dětí, než je kolektiv jedné třídy.

„Další méně preferovanou formou primární prevence je **prevence ve vyučování**. Spočívá v předávání informací o jednotlivých typech návykových látek, jejich účincích jak krátkodobých, tak dlouhodobých, o problémech a rizicích jejich zneužívání. Tyto poznatky jsou pedagogy rozpracovány a zařazeny do různých předmětů v rámci naplňování osnov příslušných předmětů, např. občanská výchova, čeština, výtvarná výchova a biologie. Úspěch primární prevence ve výchovně vzdělávacím procesu je podmíněn osobností pedagoga, cílovou skupinou dětí a organizačním uspořádáním třídy (ne klasické uspořádání třídy)“ (Kalina et al., 2003, str.291).

Mezi velmi rozšířené aktivity uskutečňované na základních a středních školách jsou tzv. **peer programy**. V primární prevenci zneužívání návykových látek se osvědčily, neboť jde o aktivní zapojení připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování. Vychází se z ověření skutečnosti, že chování dětí a dospívajících mohou nejlépe ovlivnit jedinci věkově blízcí, tedy vrstevníci. Nešpor (2001) uvádí, že při správně prováděném peer programu bývá věkový rozdíl mezi peer aktivisty a těmi, s nimiž pracují, 1-2 roky. První metodiku peer programů pro podmínky základní školy a práci učitelů u nás vypracoval Nešpor v roce 1995. Příprava a realizace peer programů je velice náročná a vyžaduje, aby jej garantovaly odborná zařízení, nejčastěji je zajišťují pedagogicko-psychologické poradny, jedná se o dlouhodobou intenzivní práci s peer aktivisty. Důležité jsou kriteria pro jejich výběr – věk, osobnostní předpoklady, přirozená vůdčí osobnost, komunikační dovednosti, pozitivní vzor zdravého životního stylu, apod. a poté následuje jejich náročný trénink.

5.4 Spolupráce školy a rodiny

Ať jsem uvedla formy primární prevence učiněné rodinou nebo školou, je nejnnutnější, aby docházelo ke spolupráci mezi těmito dvěma institucemi. Všechny současné oficiální dokumenty, ať už je to koncepce vlády nebo minimální preventivní programy pro školy, poukazují na nutnost zapojení rodičů do preventivního procesu, zdůrazňují tedy vzájemnou spolupráci a propojenost.

Je to ale téma velmi diskutované a zdá se, že i problematicky proveditelné, je to téma ožehavé, které trápí snad všechny školy. Rodiče mají někdy nerealistické představy a očekávání od školy, někteří si možná myslí, že se škola o prevenci postará sama, převezme odpovědnost za děti a nejlépe i ve volném čase. Rodiče považují školu za všemocnou instituci, která v podstatě plní zakázku rodiče – vychovat a vzdělat jejich dítě, naproti tomu si ale někteří rodiče myslí, že je to právě škola, kdo stojí za tím, že jeho dítě bere drogy či kouří.

Většina rodičů si představuje spolupráci tak, že když bude nějaký problém, přijdou tedy na třídní schůzku. Je smutné, že k pozitivní spolupráci učitele s rodiči dochází mnohdy až po opakovaných intervencích ze strany učitele. K dalšímu kontaktu mezi rodiči a učiteli dochází také při konzultacích, které patří mezi intervenční techniky, kterými se učitel snaží pomoci rodičům při řešení patologického problému, poradenská intervence učitele je zvláště u žáků mladšího a středního věku podmíněna spoluprací s rodiči. Každý učitel by měl znát síť dostupných zařízení, kde lze nalézt pomoc, informovat o nich rodiče, umět upozornit rodiče na problém a na tato zařízení je v případě nutnosti odkázat. Ze strany rodičů je však učitel chápán především jako vychovatel, pak jako vzdělavatel, ale vůbec ne jako poradce. Zajímavé je, že rodiče velmi intenzivně vnímají např. medicínská varování, avšak výrazně podceňují varování výchovná. V těchto okamžicích se projevuje obtížnost intervence učitele či školy do primární skupiny – rodiny.

Co očekává od rodiny škola? Předpokládá, že rodiče vytvoří podmínky pro to, aby se dítě mohlo do školy připravit a aby tam přicházelo v přiměřeném stavu (např. vyspalé), že rodiče povedou dítě k dobrým způsobům trávení volného času a zdravému způsobu života, a v neposlední řadě budou mít rodiče pochopení pro často nelehkou práci pedagogů a nebudou bezdůvodně oslabovat jeho autoritu u dětí a své případné výhrady dokážou sdělit škole přímo. Hrozí, že dojde k tzv. „triangulaci“, o které jsem se zmínila již u rizikových typů

rodin, kde se objevují závislosti. Triangulace – nebo-li vytváření trojúhelníků může totiž šikovní dítě hrát nejen mezi rodiči, ale také mezi rodiči a školou. Nejúčinnější obranou proti triangulaci je, když začnou zúčastněné „strany“ komunikovat přímo. Domlouvat se prostřednictvím problémového dítěte a nechávat dítě vyřizovat vzkazy v obou směrech není dobré, neboť hrozí riziko záměrného zkreslování nebo nepředání důležitých údajů.

Je třeba se pokusit najít nové formy spolupráce s rodiči a pokusit se je přimět k jednotnému spolupůsobení a tím docílit snížení výskytu sociálně patologických jevů. Například se mohou vyjadřovat k minimálnímu preventivnímu programu nebo jinému programu probíhajícímu na škole, mohou se na něm aktivně podílet. Pohled z každé strany je důležitý.

Vedle toho by škola měla o svých aktivitách a opatřeních informovat nejen rodiče, ale i veřejnost, více se otevřít okolí, jedině tak lze dosáhnout jednotného, tolik důležitého, postupu při prevenci.

5.5 Činnost státních a nestátních organizací v oblasti prevence

V České republice je základním orgánem národní protidrogové politiky Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která je poradním a koordinačním orgánem vlády. Klíčovým dokumentem je v současné době Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009. V tomto materiálu je zdůrazněno z hlediska primární prevence, že na všech školách pracují metodici prevence, kteří realizují již zmiňovaný minimální preventivní program. Vedle toho existuje síť „okresních“ metodiků primární prevence, obvykle jsou to pracovníci pedagogicko psychologických poraden. Další roli mají krajská pedagogická centra a krajští koordinátoři prevence. Mezi státní instituce poskytující pomoc patří ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie, detoxikační jednotky, substituční léčba, ústavní péče, psychiatrické léčebny, kde jde nejčastěji o několikaměsíční programy na oddělení pro léčbu závislostí, který hradí pojišťovna. V resortu školství vznikl prostor pro zavedení institutu asistenta třídního učitele pro práci s dětmi ze sociokulturně znevýhodněného prostředí.

Dalším bodem v oblasti prevence je také podpora činnosti nevládních, dobrovolných či jiných organizací, které organizují jakékoliv programy preventivní i pomáhající či v duchu zdravého životního stylu. Po roce 1989 se v České republice začal po vzoru západních zemí bouřlivě rozvíjet nevládní sektor orientovaný na všechny formy pomáhání: na dlouhodobou či střednědobou terapeutickou práci s klientem, na krizovou intervenci především v oblasti

drogových závislostí, domácího násilí, týrání a zneužívání. Mezi významná centra pro prevenci a léčbu závislostí patří nestátní instituce jako DROP IN, Sananim, K-centra, pedagogicko - psychologické poradny. Mezi důležité prvky pomoci patří také linky důvěry, jejichž výhodou je možnost okamžité pomoci a anonymita nebo nově i internetové poradny. Ve velké míře se uplatňuje zážitková pedagogika jako prostředek primární i sekundární prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Lze říci, že nevládní sektor pod vlivem západoevropských zkušeností inicioval využívání novějších metod práce s handicapovanými, nemocnými, s vyznavači subkultur, drogově závislími: streetwork, terapeutické komunity očištěné od deformací, a další. Specifickým rysem pomáhání v nevládním sektoru je velmi častá spolupráce s dobrovolníky. Jako například peer-programy nebo projekt LATA, kdy šlo o poskytnutí sociální podpory rizikové mládeži studenty humanitních oborů pražských vysokých škol.

Přehled organizací se sídlem v Brně

Občanské sdružení Podané ruce

V Brně se nachází nestátní nezisková organizace věnující se prevenci a léčbě závislostí především na nealkoholických návykových látkách, je to občanské sdružení **Podané ruce**, která zajišťuje péči o drogové uživatele. Sdružení Podané ruce, o.s. nabízí celkem tři abstinenční programy (A, B, C). Program A obsahuje systém služeb, jehož cílem je trvalá a důsledná abstinence od návykových látek s radikální změnou životního stylu a životních hodnot. Je to například centrum prevence, terénní programy, psychiatrická ambulance, denní psychoterapeutické sanatorium, K-centrum, a další. Program B (metadonová údržba) je pro klienty, kteří nezvládnou program A. V případě selhání programů A a B, obsahuje alternativa C program Harm Reduction. Nad rámec této sítě Sdružení Podané ruce provozuje kontaktní centra ve městech: Brno, Olomouc, Prostějov, Uherské Hradiště, Znojmo. Dále Podané ruce provozují Institut vzdělávání v oblasti drogové problematiky, občanskou poradnu, klub Skleník a další.

Centrum prevence se nachází v Brně Řečkovických na ulici Hapalova 22. Poskytují besedy s mládeží o jejich problémech, prožitkové sebepoznávací lekce s prevenčním zaměřením, divadlo a tvořivou dílnu, divadlo a dramaterapii, pobytové akce v terénu (tábory), pedagogické poradenství, výcvik dobrovolníků a jejich následné aktivity a aktivně vyhledávají ohrožené skupiny či jednotlivce.

Kontaktní centrum - klient může docházet bez předchozího doporučení, nemusí sdělovat své osobní údaje, ani na něj není kladen nárok, aby o své závislosti mluvil. Kontaktní centrum je určeno zejména pro mladistvé uživatele drog, ohroženou mládež, rodiče a partnery uživatelů. V kontaktním centru se poskytuje zejména poradenství, sociální služby a krizová intervence. Například **K-centrum Drug Azyl v Brně** na ul. Vídeňská 3, Brno. Služba je určena uživatelům drog mimo síť existujících služeb, kteří mají zdravotní a sociální problémy, těm, kteří se nechtějí léčit, i těm, kteří o léčbě uvažují. Především těm, kteří užívají injekčně, rizikově, rodičům a rodinným příslušníkům uživatelů.

Terénní programy (Vídeňská 3, 639 00 Brno) jsou určeny uživatelům drog mimo síť existujících služeb, především lidem užívajícím injekčně, s rizikovým způsobem chování, mladistvým, rekreačním uživatelům, poradenské služby jsou poskytovány také rodinným příslušníkům, přátelům, partnerům a pedagogům. Základním cílem služby je zlepšení situace uživatelů drog, prevence jejich poškození infekčním onemocněním a šíření těchto nemocí, prevence zhoršení zdravotní a sociální situace uživatelů drog, poskytování vyvážených informací o problému. Základním rysem přístupu je aktivní vyhledání, nízký práh vstupu do služby, zajištění anonymity klientů, podpora motivace ke změně rizikového chování. Terénní programy nabízí pomoc v krizi na ulicích Brna, práci na dohodnutých místech (včetně bytů), výměnu injekčního materiálu, poskytování dalšího zdravotního materiálu, zdravotní poradenství, služby speciálně vybaveného automobilu pro výměnný program v méně dostupných částech Brna sociální poradenství a zprostředkování kontaktu se zařízeními následné péče.

Psychiatrická ambulance je zajišťována sdružením Podané ruce na ul. Hapalova 22, Brno i pro děti od 15 let. Ambulance pracuje s problémovými uživateli návykových látek a závislými na těchto látkách, kteří potřebují psychiatrickou pomoc. Vstup je volný, možný bez lékařského doporučení. Odborné psychiatrické vyšetření a poradenství jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, naléhavé ošetření je poskytnuto i osobám bez ZP. Psychiatrická ambulance poskytuje detoxifikační léčbu a substituční léčbu (Subutex), léčbu poruch osobnosti a chování v souvislosti se zneužíváním návykových látek, léčbu poruch příjmu potravy při léčbě závislostí, ochranné ambulantní proti-toxikomanické léčby, individuální léčbu pro patologické hráče a jejich rodinné příslušníky, odbornou péči o rodinné příslušníky (individuální či ve formě podpůrné skupiny) i individuální psychoterapii.

V příloze č. 3 uvádím přehled institucí v Brně poskytujících pomoc v problematice patologických závislostí a dalších sociálně patologických jevů.

6. Průzkum příčin vzniku patologických závislostí a jejich prevence

Vytvořila jsem dva dotazníky, jeden pro žáky a jeden dotazník pro pedagogy.

Dotazník pro žáky

Průzkum příčin vzniku patologických závislostí u žáků základních škol (viz. příloha č. 1) byl realizován prostřednictvím dotazníků předložených žákům. Z těchto dotazníků jsem chtěla zjistit možné příčiny, zejména z oblasti exogenních činitelů, které mohou ovlivňovat vznik patologických závislostí u žáků základních škol. Dalším úkolem provedeného dotazníkového šetření bylo porovnat příčiny vzniku závislostí u dětí žijících ve městě a na vesnici a tedy ověřit, zda vliv sídlištního prostředí v brněnské městské části Nový Lískovec může být jedním z významných činitelů ovlivňujících vznik patologických závislostí či tento vliv není takový, jaký je ve většině případů sídlištnímu prostředí připisován. V neposlední řadě jsem se snažila také zjistit skutečný stav a faktické užívání alkoholových a nealkoholových drog v populaci dospívajících.

Šetření bylo provedeno v konkrétním terénu, tj. přímo v základních školách u žáků osmých tříd ve věku třinácti až patnácti let, a to na základní škole v Brně Novém Lískovci, která je školou sídlištního typu, což s sebou přináší zvýšené riziko možného výskytu sociálně-nežádoucích jevů, a dále na základní škole v obci Měnín. Dotazník byl zadán prostřednictvím výchovných poradců na obou školách, po předchozí instruktáži a byl zadáván anonymně. Výzkumný vzorek zahrnuje celkem 46 respondentů.

Dotazníkovému šetření nejdříve předcházela teoretická analýza problému, tedy studium odborné literatury. K získání informací a dat pro podklady praktické části bakalářské práce jsem použila empirickou metodu - metodu dotazníku, který jsem vytvořila přímo ke zjištění sledovaných otázek.

Při tvorbě dotazníku jsem vytvořila několik sérií položek cílených vždy k určitému tématickému okruhu problému, který se jevil pro zvolené téma podstatný. Dotazník obsahuje 27 položek s převážně uzavřenými otázkami a je rozdělen do pěti okruhů. První skupina

otázek se týká základních údajů respondenta, jako je pohlaví a věk, primární rodina, způsob trávení volného času. Druhá oblast se týká požívání alkoholu, třetí kouření cigaret, včetně otázek na věk první zkušenosti s těmito drogami, problémy s těmito drogami v rodině a další otázky. Čtvrtá část dotazníku je zaměřena na ostatní drogy, kde jsou žáci hned v úvodu upozorněni, že jde o nealkoholové drogy jako je marihuana, LSD, extáze, pervitin, a další, objevují se tedy, zda mají zkušenost s těmito drogami, v jakém věku mají první zkušenost, způsob získání těchto látek a další otázky. Poslední, pátá část, je věnována dvěma dotazům týkající se hráčství.

Podle schématu dotazníku bude provedena i analýza výsledků, kdy budou výsledky zpracovány

do pěti okruhů:

- A. Základní údaje a způsob trávení volného času
- B. Alkohol
- C. Kouření
- D. Ostatní drogy
- E. Hráčství

Zjištěné údaje budou pro zvýšení přehlednosti zpracovány prostřednictvím grafů a tabulek.

Dotazník pro pedagogy

Průzkum prevence patologických závislostí u žáků základních škol (viz. příloha č.2) byl realizován prostřednictvím dotazníků, které vyplňovali pedagogové. Mým cílem bylo zjistit jaký mají názor na primární prevenci prováděnou jejich školou, zda je podle nich účinná a v jakém věku je třeba s prevencí začít, jaký ze způsobů prevence se jim zdá nejúčinnější a nejvhodnější. Dále jsem zjišťovala, jaký mají názor na minimální preventivní program a zda ho využívají ve své běžné pedagogické praxi, v neposlední řadě jsem se dotazovala na spolupráci rodiny a školy v oblasti prevence.

Dotazník byl předložen na Základní škole v Brně Novém Lískovci. Výzkumný vzorek obsahuje 12 respondentů. Učitelé Základní školy v Měnině se nechtěli zúčastnit.

Dotazníkovému šetření nejdříve předcházela teoretická analýza problému, tedy studium odborné literatury. Také u dotazníků pro učitele jsem k získání informací a dat použila metodu dotazníku, v tomto dotazníku bylo pedagogům položeno osm otázek zaměřených na prevenci a minimální preventivní program.

6.1 Stanovení hypotéz

K ověření výzkumného cíle byly formulovány následující hypotézy z oblasti příčin i z oblasti prevence závislostí:

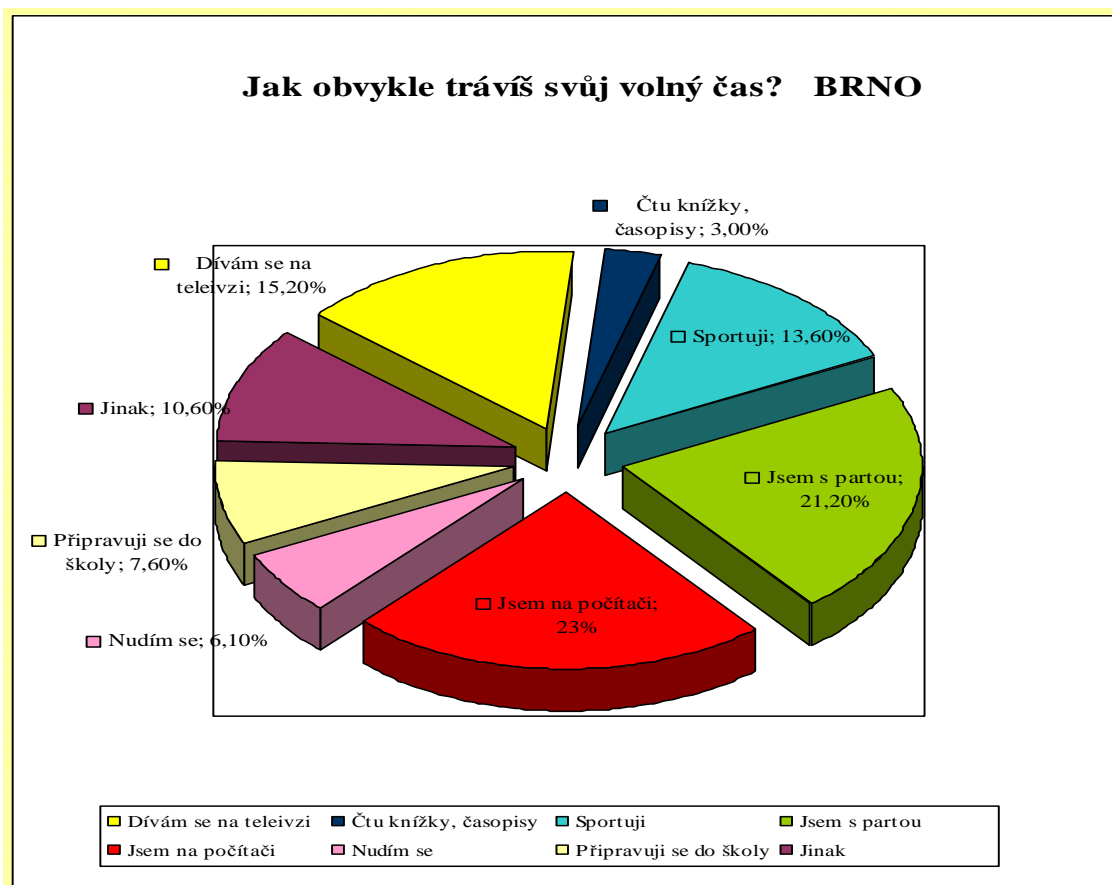
- 1. Kouření i pití alkoholu se u dětí základních škol vyskytuje, zkušenosti s ostatními drogami jsou minimální. Začátky experimentování spadají do nižších věkových kategorií.**
- 2. Sídlištní prostředí patří mezi významné činitele působící na vznik patologických závislostí. Proto jsou to právě žáci ze základní školy v Brně – Novém Lískovci, kteří mají více zkušeností s cigaretami, alkoholem i drogami než žáci základní školy v obci Měnín.**
- 3. Dostupnost alkoholu a média ovlivňují pití alkoholu u žáků.**
- 4. U dětí, které kouří platí, že kouří i jejich rodiče (alespoň jeden). U dětí, které kouří platí, že se kouří i u nich doma.**
- 5. Čím více pedagogů považuje prevenci a existenci Minimálního preventivního programu na škole za smysluplnou, tím více využívá jeho prvků ke své pedagogické praxi.**

6.2 Analýza výsledků

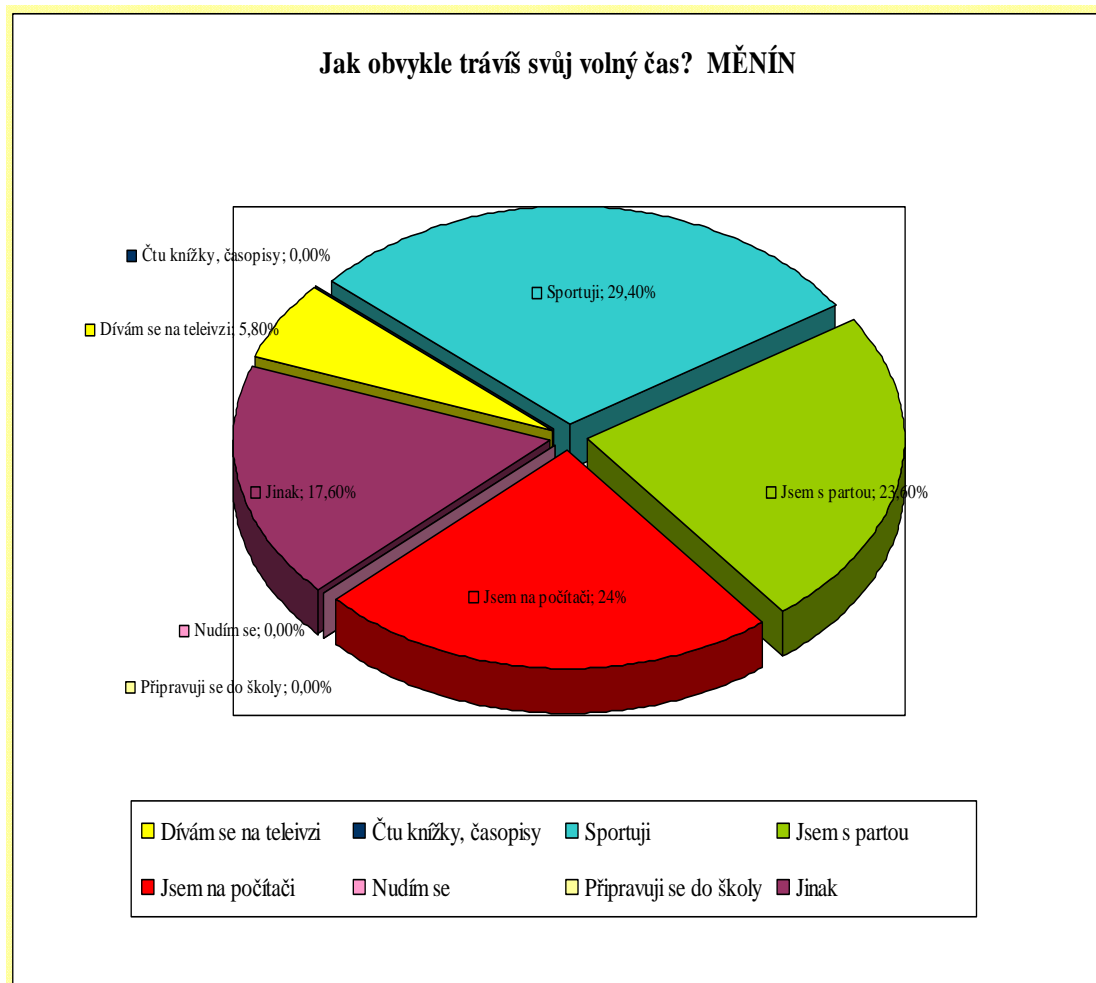
A. ZÁKLADNÍ ÚDAJE A ZPŮSOB TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU

Dotazník byl předložen 46 dětem ve věku třinácti až patnácti let, z toho 29 dětí ze základní školy v Brně a 17 dětí ze základní školy v Měnině. Z celkového počtu dětí bylo 23 chlapců a 23 dívek. Na grafu jsou znázorněny odpovědi na otázku, jakým způsobem tráví svůj volný čas. Lze spatřit rozdíl mezi způsobem trávení volného času u dětí z Nového Lískovce a Měnína, kdy děti z vesnice nejraději tráví volno sportem 29,4 %, zatímco u městských dětí je sport až na čtvrtém místě, i když mají ve městě mnohem více sportovních příležitostí. Alarmující je, že velmi vysoký počet respondentů z brněnské základní školy tráví svůj čas nejraději u počítače je to 23 %. V obou případech se ukázalo, že velmi málo dětí čte knihy, kdo uvedl, že čte, tak uvedl, že čte časopisy, ne knihy. Dalším zvláštním faktorem je to, že žádný žák z Měnína nevedl, že se nudí, zatímco brněnští žáci tuto možnost uvedli v 6,10 %. Na druhém místě zůstalo u obou skupin, že volný čas děti tráví s kamarády nebo partou. Situace je znázorněna na grafu č.1 Brno, graf č.2 Měnin.

Graf č. 1 Jak obvykle trávíš svůj volný čas



Graf č. 2 Jak obvykle trávíš svůj volný čas



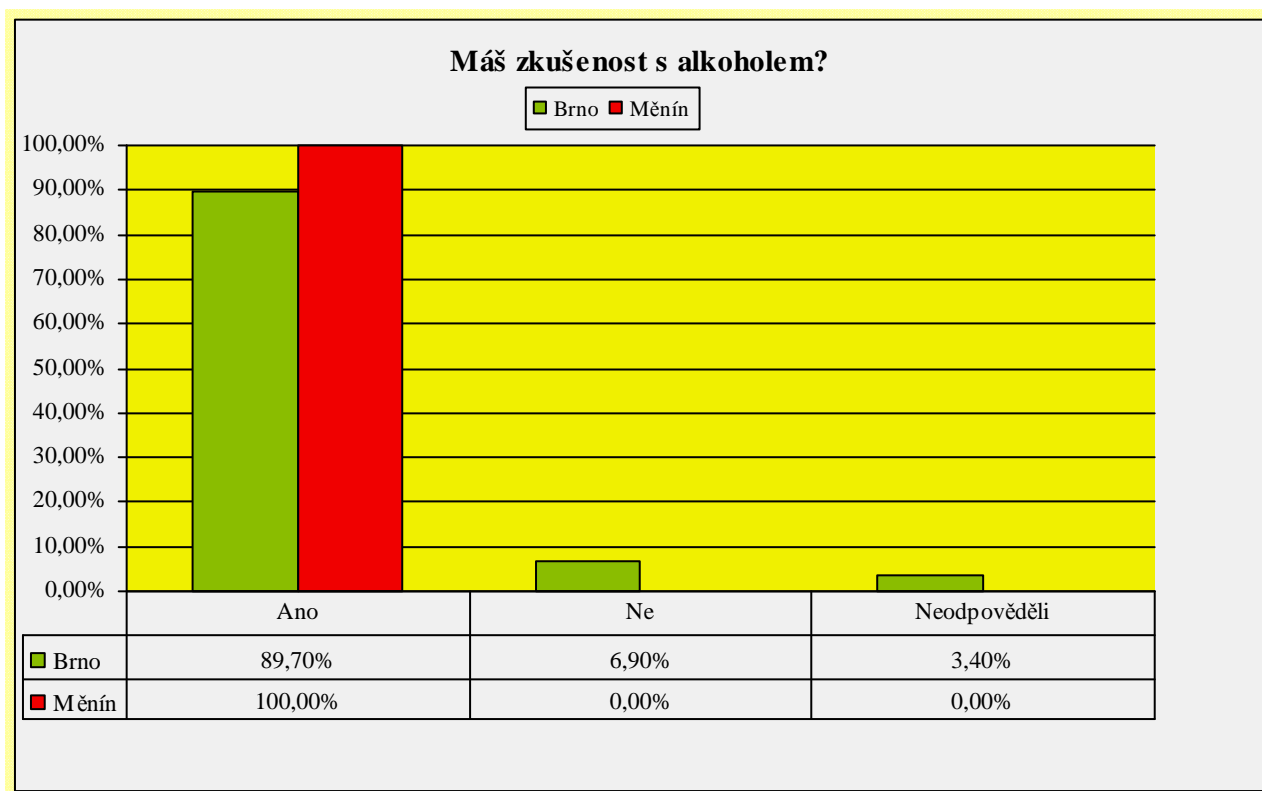
B. ALKOHOL

- Otázky
1. *Máš zkušenost s alkoholem?*
 2. *Věk první zkušenosti s alkoholem?*
 3. *S kým jsi pil(a) alkohol poprvé?*

Ze všech dotazovaných žáků má zkušenost s alkoholem 93,5 % žáků.

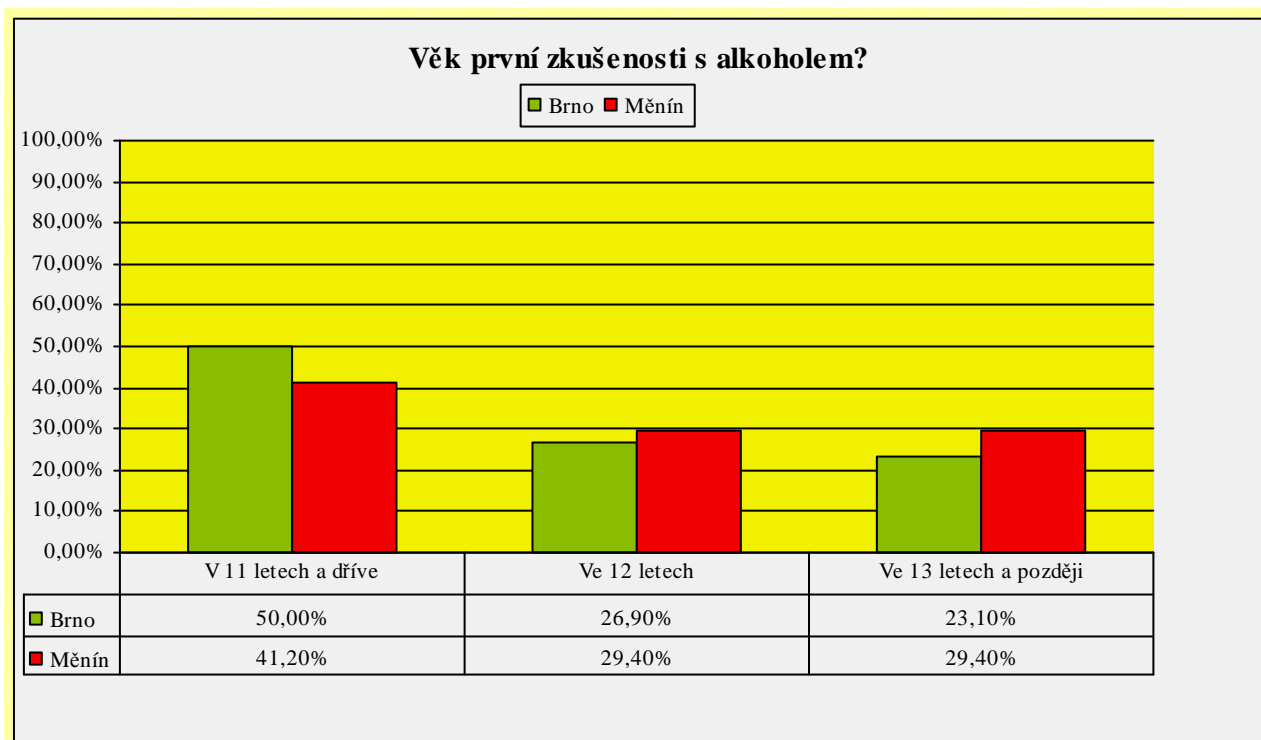
Žáci na ZŠ v Brně mají zkušenost s alkoholem v 89,7 %, pouhých 6,9 % brněnských žáků uvádí, že nemá zkušenost s alkoholem a 3,4 % na tuto otázku neodpovědělo. Žáci ZŠ Měnín uvedli, že všichni mají zkušenost s alkoholem, tedy 100 %. Situace je znázorněna na grafu č.3.

Graf č. 3 Zkušenost s alkoholem



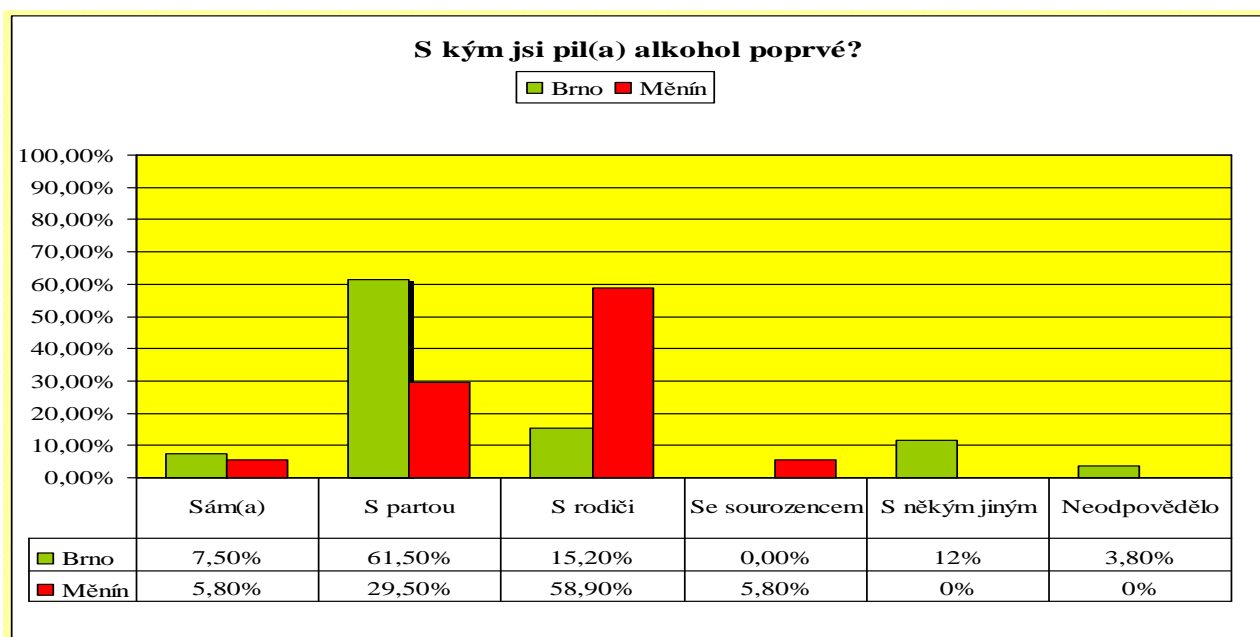
V obou sledovaných skupinách bylo první setkání s alkoholem ve věku jedenácti let nebo dříve, u žáků brněnské školy je to 50 % a u žáků v Měnině 41,2 %. Ve věku 12 let poprvé pili alkohol brněnští žáci ve 26,9 %, žáci ZŠ Měnin 29,4 % a ve 13 letech nebo později žáci ZŠ v Brně 23,1 %, žáci ZŠ Měnin 29,4 %, což je zobrazeno v grafu č.4. Vzhledem k hranici, kdy lze alkohol legálně užívat, je velmi alarmující výsledek, kdy dnešní žáci základní školy učiní svoji první zkušenost. I přes zdánlivou nevýznamnost tohoto údaje, výsledek dotazníkového šetření potvrzuje trend neustálého se snižování věkové hranice.

Graf č. 4 Věk první zkušenosti s alkoholem



Na otázku s kým jsi pil poprvé alkohol uvedli žáci ze základní školy v Brně, že poprvé zkusili alkohol s kamarády nebo partou a to v 61,5 % a na druhém místě byli rodiče 15,2%. Zajímavý je ale výsledek u žáků v Měnině, kteří uvedli, že poprvé pili alkohol s rodiči a to v 58,9 %, 29,5 % uvedlo, že poprvé pili s kamarády nebo v partě. Situace je znázorněna v grafu č.5.

Graf č.5 S kým pili alkohol poprvé



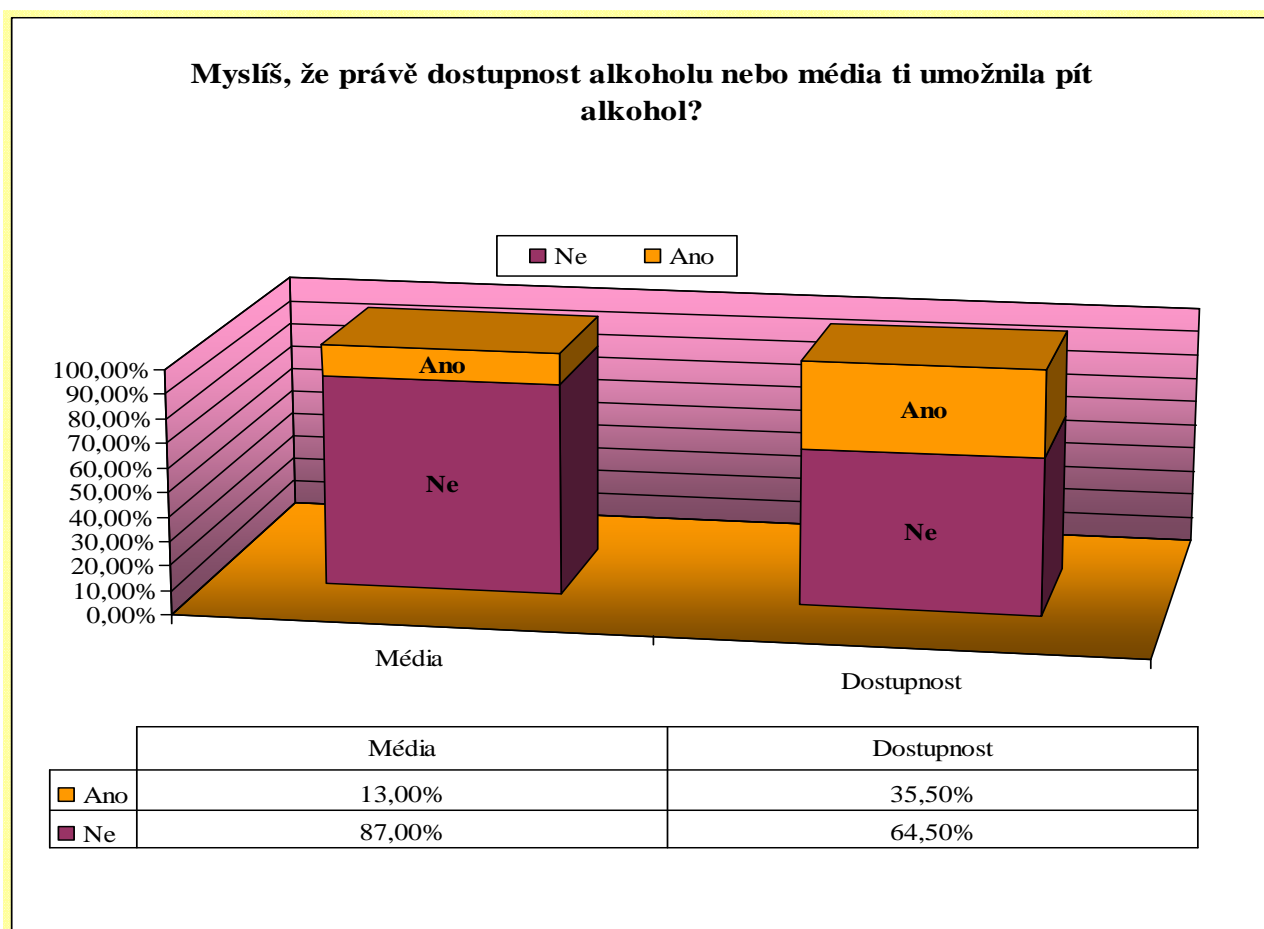
Otázky:

4. *Myslíš, že tě mohla k pití alkoholu přimět média (televize, internet, rádio), např. prostřednictvím lákavé reklamy?*

5. *Myslíš, že právě dostupnost alkoholu ti umožnila pít alkohol? (tzn. cena, možnost alkohol koupit kdekoliv)?*

87 % dětí ze všech dotazovaných dětí, si myslí, že k pití alkoholu je nemohla ovlivnit média, pouze 13 % odpovědělo, že by je média mohla ovlivnit. Stejně tak u dostupnosti alkoholu. Na otázku, zda si myslí, že právě dostupnost alkoholu jim umožnila pít alkohol nebo by je to alespoň mohlo ovlivnit odpovědělo 64,5 % dětí, že ne, zatímco 35,5 % odpovědělo, že dobrá dostupnost je mohla ovlivnit, nebo ovlivnila. Situace je znázorněna na grafu č. 6.

Graf č. 6 Vliv médií a dostupnosti alkoholu na to, že děti pijí alkohol



Otázka: **6. Mají nebo měli tvoji rodiče nebo někdo z rodiny problémy s alkoholem- přicházejí domů opilí nebo doma pijí často alkohol?**

7. Léčí nebo léčil se někdo z rodiny nebo tvoji rodiče ze závislosti na alkoholu?

Na otázku, zda má někdo z rodiny problémy s alkoholem odpovědělo 75,8 % brněnských žáků, že u nich nemá nikdo z jejich rodiny problémy s alkoholem, v tom smyslu, že by přicházeli rodiče domů opilí, nebo pili často doma, ale 20,8 % uvedlo, že se tyto problémy u nich doma vyskytují, 3,4 % žáků na tuto otázku neodpovědělo. Všichni žáci z Měnína uvedli, že u žádného z nich se neobjevují v rodině problém s alkoholem.

Pokud jde o otázku, zda se někdo v rodině léčí či léčil ze závislosti na alkoholu odpověděli brněnští žáci, že ne v 89,7 %, ano 6,9 % a 3,4 % neodpověděli. Žáci ZŠ Měnín uvedli, se u nich nikdo neléčil ze závislosti na alkoholu, uvedli to všichni žáci, tedy 100%.

C. KOUŘENÍ

Otázky: **1. Máš zkušenosti s kouřením?**

2. Věk první zkušenosti s cigaretou?

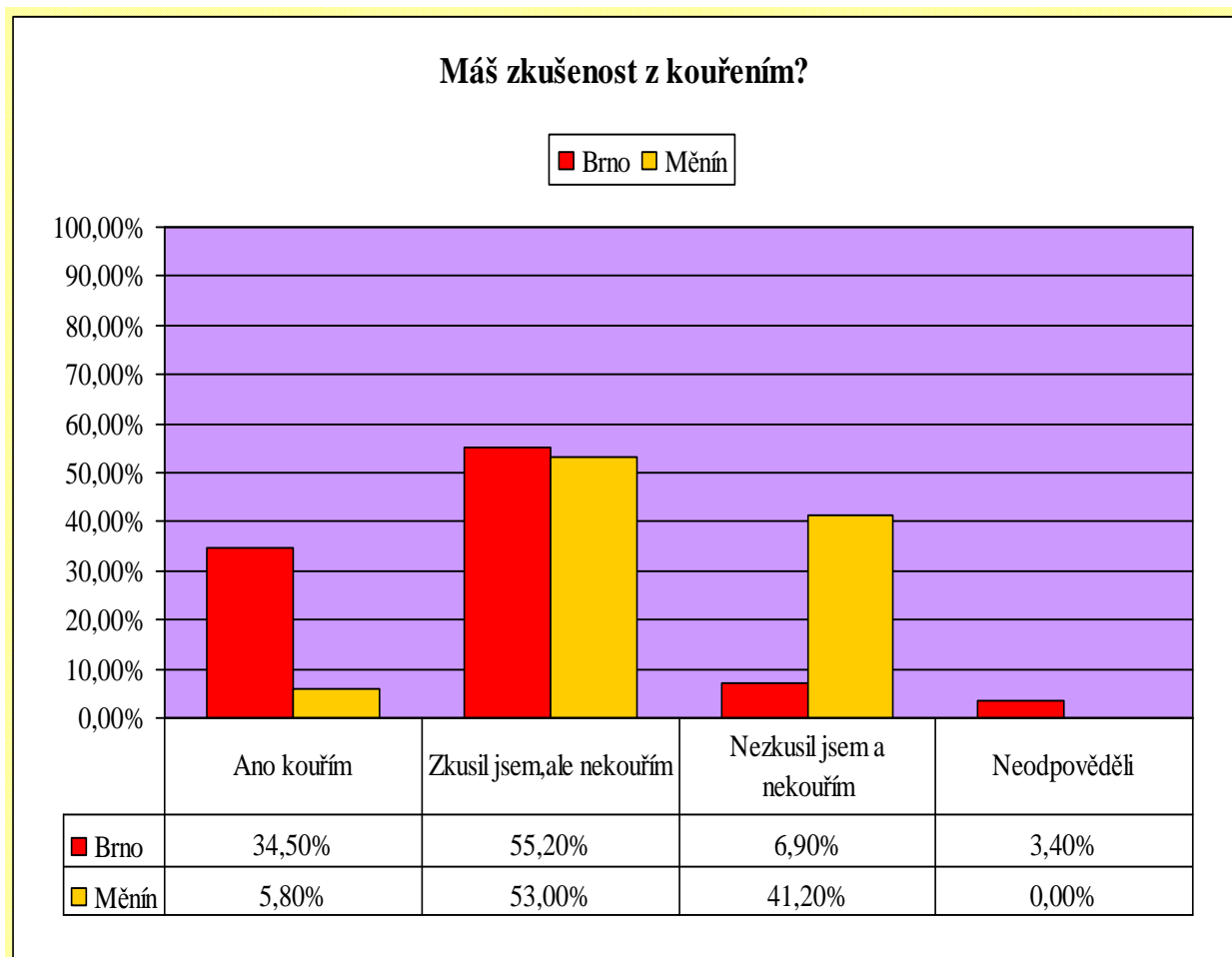
3. S kým jsi kouřil(a) poprvé?

Ze všech dotázaných žáků uvedlo 54,3 % že zkusili cigaretu, ale nekouří, 23,9 % uvedlo, že kouří.

Srovnání žáků ZŠ v Brně a ZŠ v Měníně je znázorněno v grafu č.7. Zajímavé je, že velké procento žáků ZŠ Měnín (41,2 %) uvádí, že cigaretu ani nezkusili. Na grafu lze spatřit velký rozdíl v tom, že 34,5 % žáků z Brna uvádí, že kouří, zatímco u žáků z Měnína je to pouze velmi malé procento jen 5,8 %. Ze žáků, kteří uvedli, že kouří je podíl dívek 81,8 % a chlapců pouze 18,2 %.

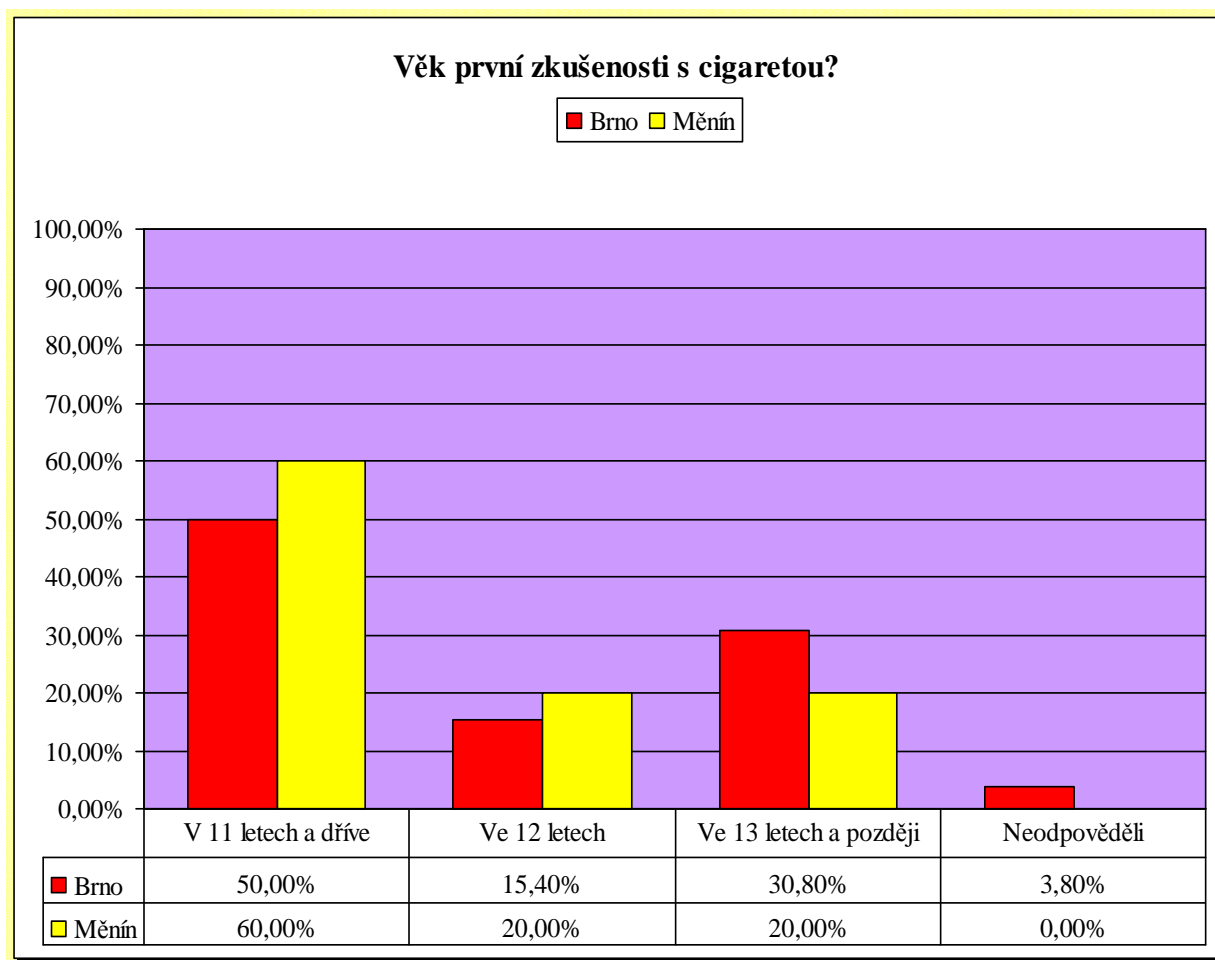
Z dotazníku také vyplynulo, že ti žáci, kteří kouří nejčastěji uváděli, že volný čas tráví na počítači (21,2 %) nebo jsou s kamarády nebo partou (18,2 %), ale velká část také zvolila možnost a) tedy sledování televize (15,4 %).

Graf č.7 Zkušenost s kouřením



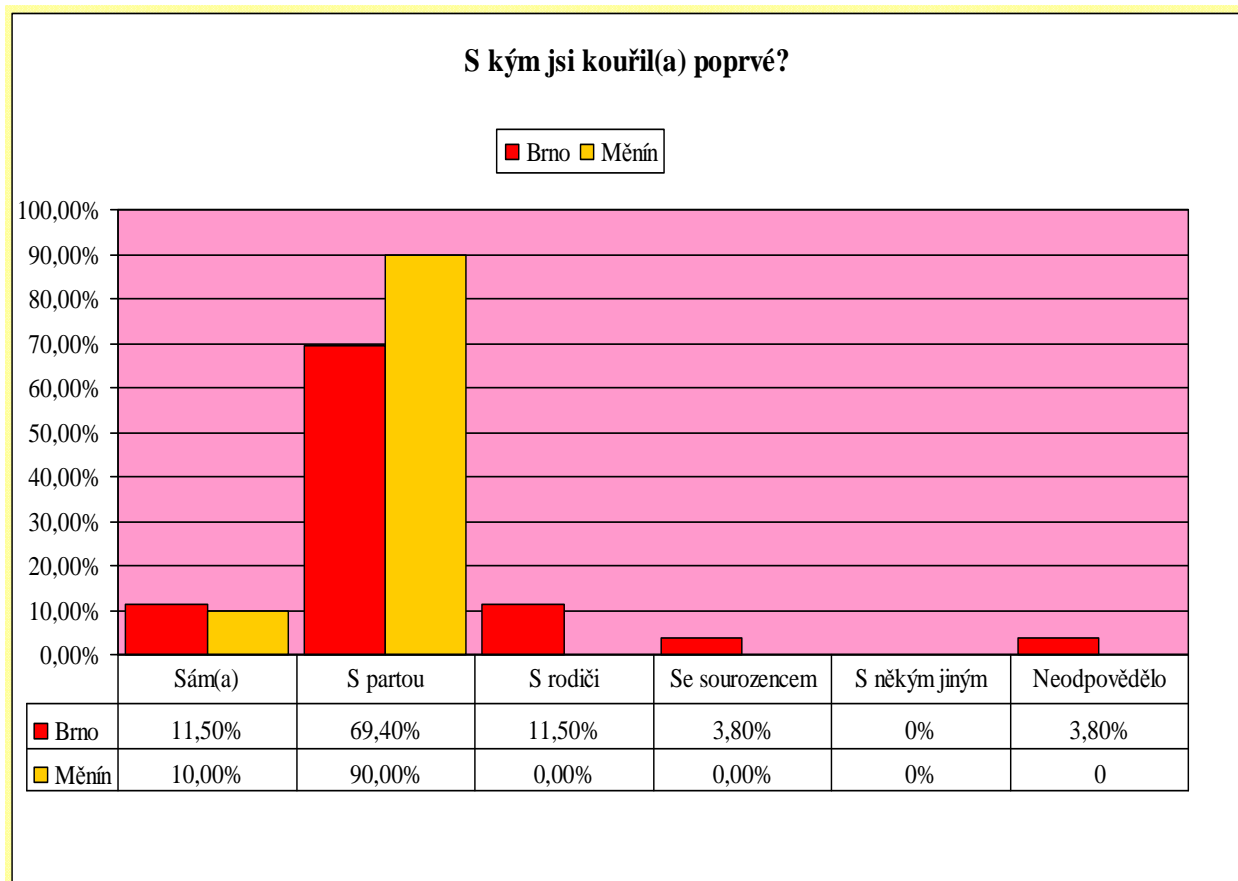
Na základě otázky, v jakém věku žáci, kteří mají zkušenost s kouřením, cigaretu zkusili, vyšlo najevo, že absolutní většina ze žáků ZŠ Měrnín i ZŠ v Brně měli první zkušenost s kouřením již v jedenácti letech nebo dříve, což je velmi alarmující zjištění, které potvrzuje neustále se snižující věkovou hranici dětí, které experimentují s kouřením nebo již kouří. Situace je znázorněna na grafu č.8.

Graf č. 8 Věk první zkušenosti s cigaretou



Na otázku s kým kouřili poprvé nejčastěji obě skupiny shodně uváděly, že s partou (Brno 69,4 %, Měnin 90 %). Na druhém místě byla nejčastěji uváděna možnost, že poprvé kouřili sami (Brno 11,5 %, Měnin 10 %). Zajímavý je fakt, že 11,5 % žáků z Brna uvedlo, že poprvé kouřili s rodiči. Situace znázorněna v grafu č.9.

Graf č. 9 S kým kouřili poprvé



Otázky: **4. Kouří tvoji rodiče?**
5. Kouří rodiče i doma?

Odpovědi na otázky jsou znázorněny v tabulkách 1 a 2.

Tabulka č.1 Kouření rodičů

Kouří tvoji rodiče?	ZŠ Brno	ZŠ Měnin
a) ano, matka	10,3 %	0
b) ano, otec	20,7 %	47 %
c) ano, oba	27,6 %	0
d) ne, žádný z rodičů	38 %	53 %
neodpověděli	3,4 %	0
Celkem	100 %	100 %

Tabulka č. 2 Kouří rodiče i doma

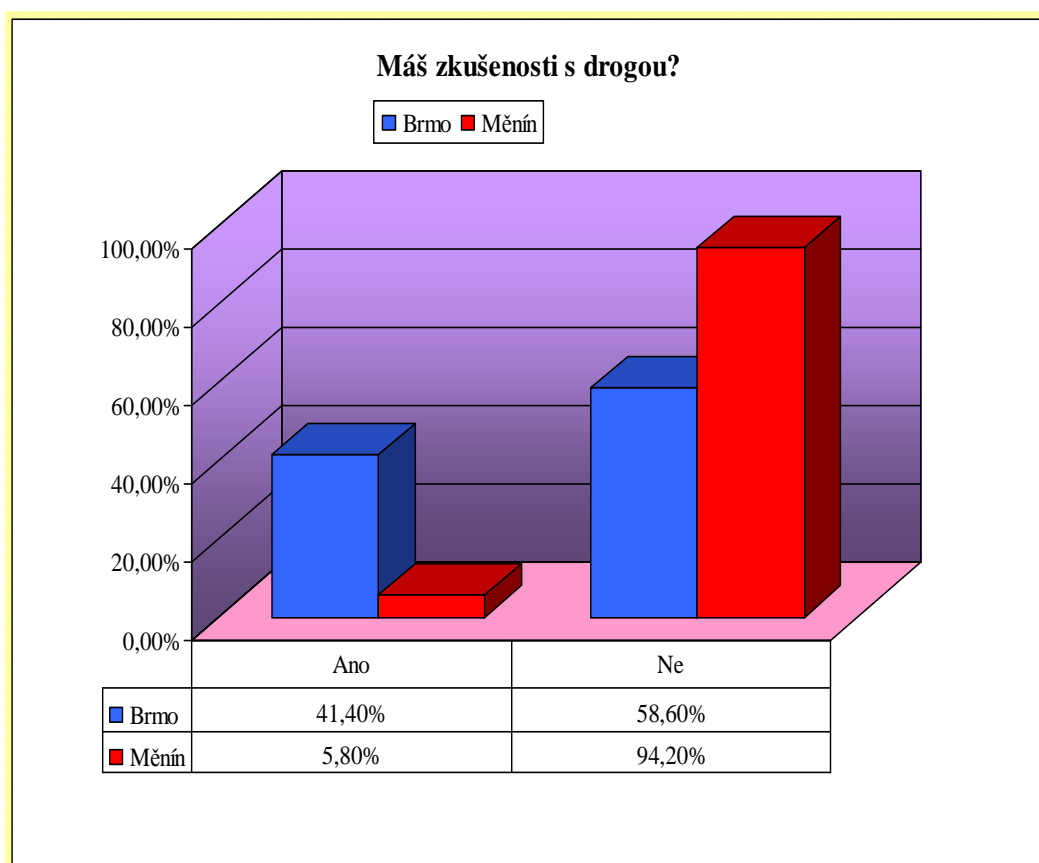
Kouří rodiče i doma?	ZŠ Brno	ZŠ Měnin
a) ano	27,6 %	17,6 %
b) ne	62,1 %	0
c) jen příležitostně	6,9 %	82,4 %
neodpověděli	3,4 %	0
Celkem	100 %	100 %

D. OSTATNÍ DROGY (např. LSD, kokain, heroin, marihuana, pervitin, extaze, lysohlávky, toluen, ředidla atd.)

Otázka: **1. Máš zkušenost s drogou?**

Ze všech dotazovaných žáků má 28,3 % zkušenost s drogou, 71,7 % uvedlo, že zkušenost nemá. Na otázku, zda mají děti z Brna zkušenost s drogami (např. LSD, kokain, heroin, marihuana, pervitin, extaze, lysohlávky, toluen, ředidla) odpovědělo 41,4 % dětí z brněnské základní školy, že *ano*, *ne* odpovědělo 58,6 %. Z měnínských dětí má zkušenost pouze 5,8 %, což je pouze jeden žák. Viz. graf č.10.

Graf č. 10 Zkušenosti dětí s drogou

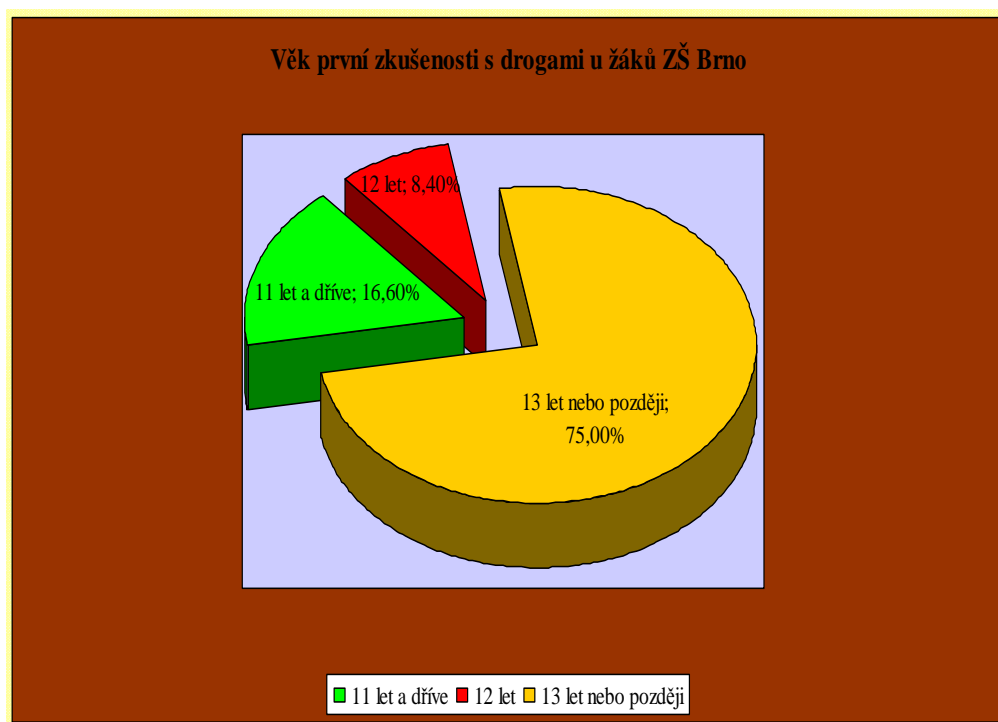


Dále budu analyzovat pouze odpovědi žáků ze základní školy v Brně, neboť na základní škole v Měnině má podle dotazníků zkušenost pouze jeden žák, který uvedl, že má zkušenost s marihuanou, nebere ji pravidelně, zkusil ji ze zvědavosti a získal ji od kamarádů.

Otázka: **2. Věk první zkušenosti s ostatními drogami?**

Žáci ze ZŠ v Brně, kteří uvedli, že drogu zkusili odpověděli, že ji nejčastěji užili ve věku 13 let nebo později (75 % žáků). Situace je znázorněna na grafu č.11.

Graf č. 11 Věk první zkušenosti s drogami

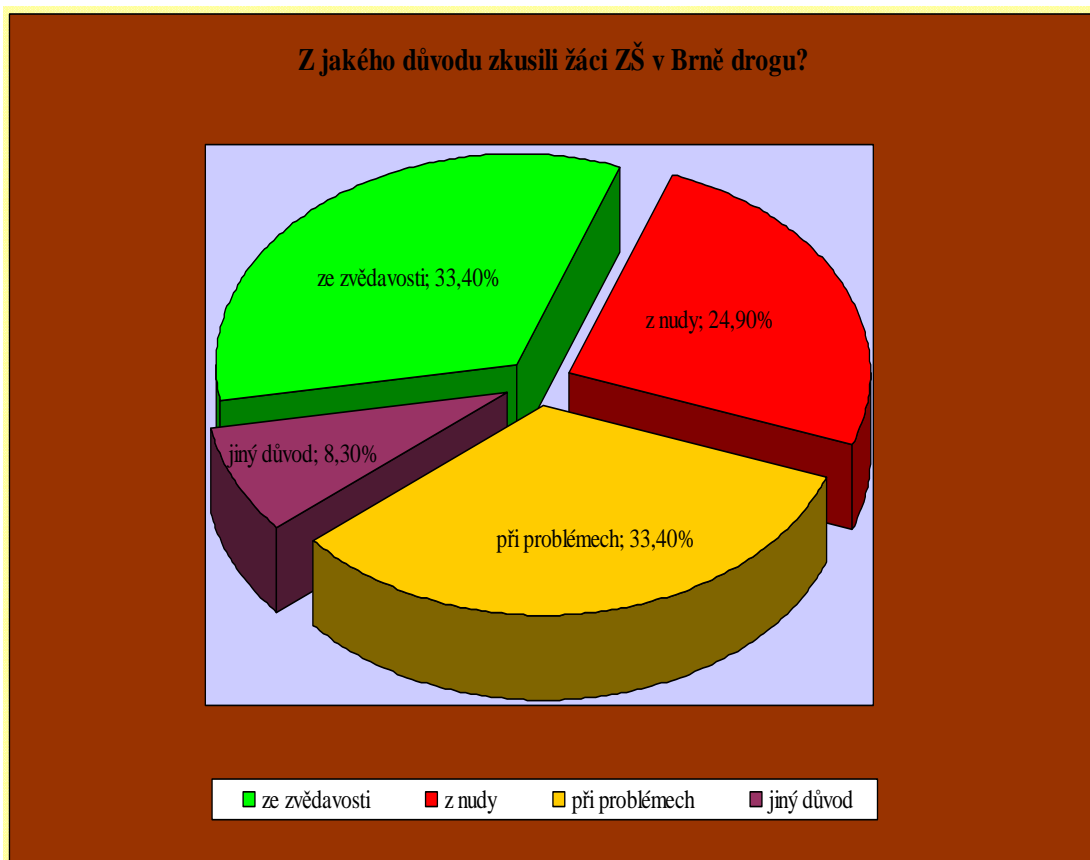


- Otázka: **3. Jakou drogu jsi vyzkoušel?**
4. Užíváš některou z drog, které jsi označil pravidelně?
5. Pokud máš zkušenost z drogou, tak z jakého důvodu?
6. Prostřednictvím koho jsi drogu získal?
7. Bral někdo ve tvé rodině drogy nebo měl nějaké problémy s drogami?

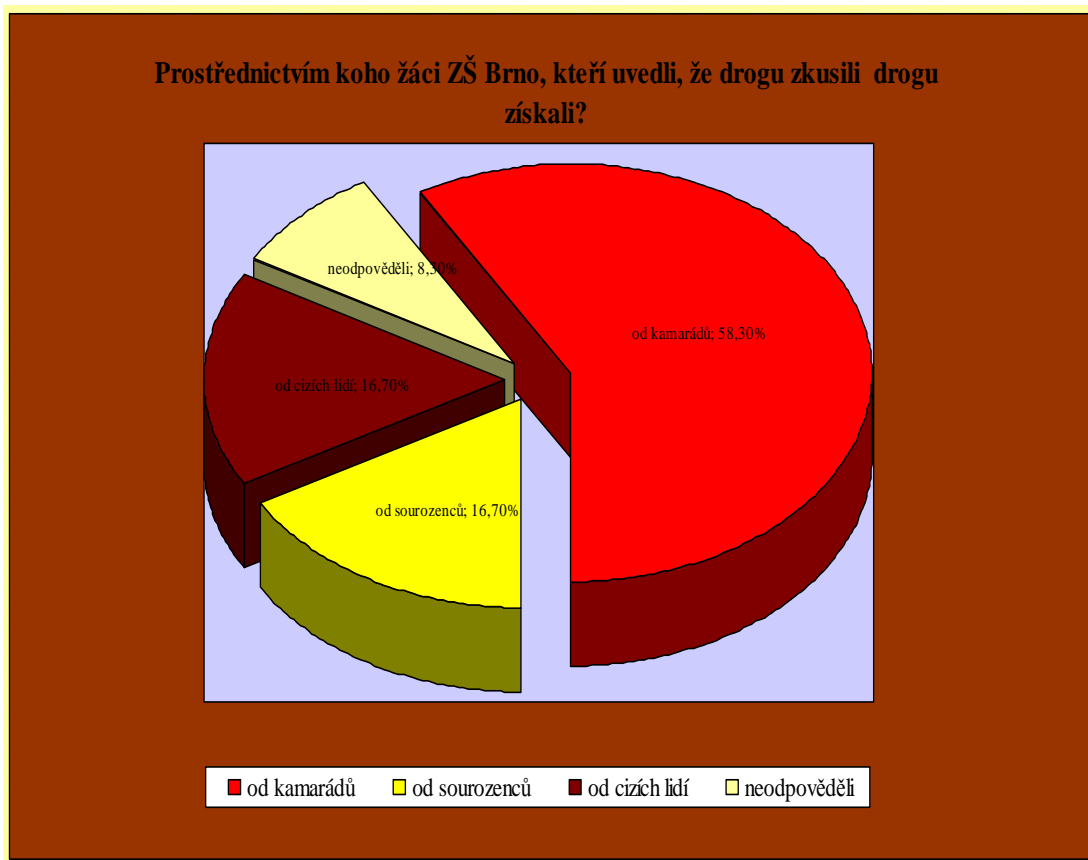
Na otázku jakou drogu vyzkoušeli odpověděli žáci základní školy v Brně, že nejvíce marihuanu, potom pervitin, extázi, lysohlávky a toluen a jiné drogy. Na otázku, zda drogu užívají pravidelně odpověděla většina, 50 %, že ne, pravidelně užívá drogu 33,4 %, příležitostně 8,3 %. 8,3 % žáků na tuto otázku neodpovědělo.

Jako důvod užití drogy se nejčastěji objevila zvědavost (33,4 %). Zajímavým poznatkem je, že se v 33,4 % objevila odpověď, že žáci užíli drogu při problémech, což byla varianta, která se objevovala jako druhý nejčtenější důvod užití drogy. Situace je znázorněna na grafu č.12. Prostřednictvím koho ji získali ukazuje graf č.13.

Graf č. 12 Důvod, proč žáci drogu zkusili



Graf č. 13 Prostřednictvím koho žáci drogu získali



Na otázku, jestli někdo v rodině měl problémy s drogami odpovědělo 13,8 %, že ano a ne odpovědělo 82,8 % žáků, 3,4 % žáků neodpovědělo. Všichni žáci z měnínské základní školy odpověděli, že nikdo u nich v rodině neměl problémy s drogami.

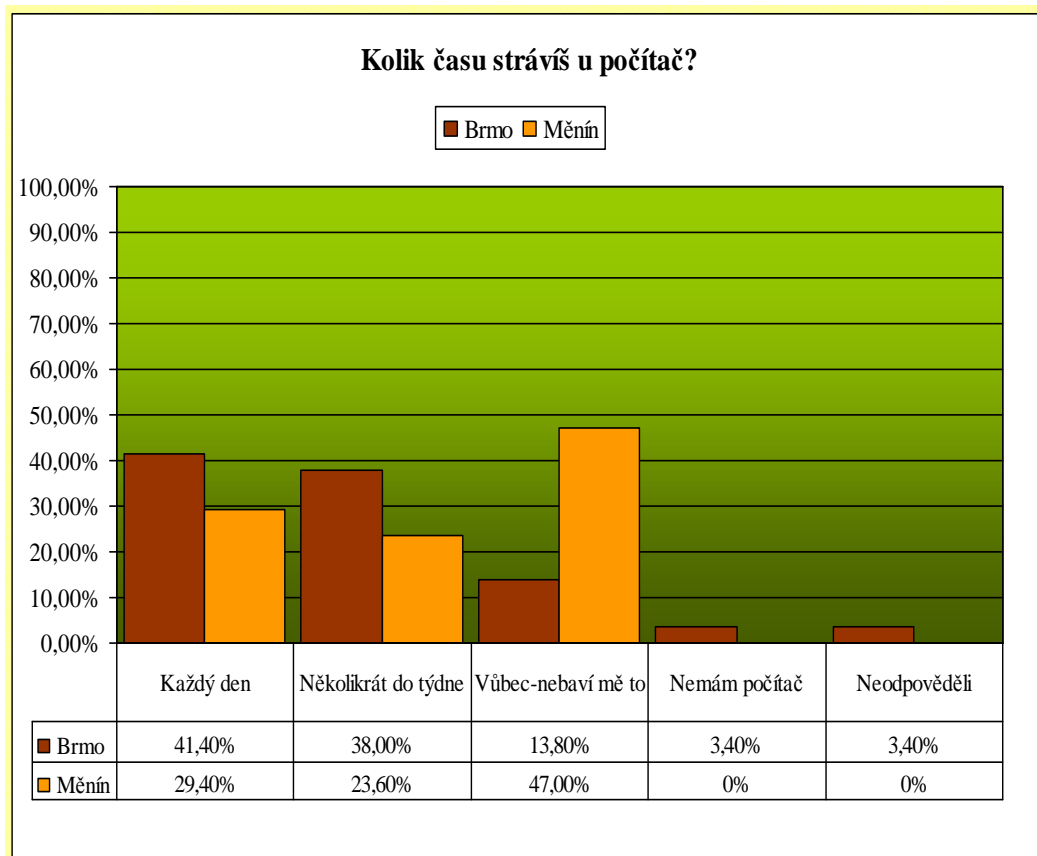
E. Hráčství

Otázky:

- 1. Kolik času strávíš u počítače, hraješ počítačové hry?*
- 2. Hrál jsi někdy na výherním hracím automatu?*

Většina dětí ze základní školy v Brně tráví u počítače každý den, je to 41,4 % a 38 % hraje na počítači několikrát do týdne. V Měnině je situace opačná, všichni sice počítač mají, ale většinu z dotázaných počítač nebaví 47 %. Situace je znázorněna na grafu č. 14.

Graf č.14 Kolik času stráví děti u počítače



Tento způsob trávení volného času je považován za rizikový, pokud totiž děti tráví volný čas tímto způsobem, nemívají pak dostatek času na přípravu do školy, bývají podrážděné, nevyspalé, unavené, mohou trpět nedostatkem pohybu. Kromě toho obsahují počítačové hry prvky násilí a nabízejí nevhodné modely zvládnutí konfliktů. Nabízejí také model světa odlišný od toho reálného. Hraní na počítači pak také může dítě přivést k výherním hracím automatům, což je již jedna ze závažných závislostí. Proto jsem se dále žáků dotazovala, jestli někdy hráli na výherním hracím automatu. Žáci z Brna odpověděli ve většině případů (55,2 %) že ne, ale vysoké je i procento těch, co odpověděli ano (41,4 %). Ti žáci, kteří uvedli, že hráli na výherním hracím přístroji nejčastěji uváděli, že hráli s kamarády (41,7 %), druhá nejčastější odpověď byla, že hráli s někým jiným (41,7 %) a další možnost, že hráli se sourozencem se objevila v 16,6 %.

Žáci ze ZŠ Měnin na tuto otázku odpověděli, že 88,3 % ještě nehráli na výherním hracím automatu a pouze 11,7 % uvedlo, že zkušenost mají, a tito hráli na automatu s kamarády.

Analýza výsledků dotazníku pro pedagogy

1. V kolika letech by podle Vašeho názoru bylo vhodné začít s primární prevencí sociálně patologických jevů? Ze 12 dotazovaných učitelů odpovědělo 11 učitelů, že by měla primární prevence začít už v předškolním věku. Jen jeden si myslí, že až na prvním stupni základní školy.

2. Myslíte si, že počet případů patologických závislostí (gamblerství, alkoholismus, toxikomanie a kouření u dětí) je možné prevencí prováděnou na základních školách snížit?

Osm učitelů souhlasí, jeden učitel naprosto souhlasí, jeden z učitelů nedokáže tuto otázku posoudit a dva učitelé nesouhlasí a tvrdí, že zásadní vliv má rodina.

3. Který z následujících způsobů snížení výskytu sociálně patologických jevů na základní škole považujete za nejvhodnější. Z dvanácti učitelů si jeden myslí, že nejvhodnější způsob vedoucí ke snížení výskytu sociálně patologických jevů je přednáška odborníka, osobní kontakt např. s drogově závislým upřednostňuje sedm učitelů. Informační letáky jako možný způsob prevence nepovažuje za nejvhodnější ani jeden učitel a jiný způsob označili čtyři učitelé, z nichž dva doplnili např. dlouhodobý program nebo systematická práce třídního učitele.

4. Působení preventisty sociálně patologických jevů na naší škole považují za užitečné. Většina učitelů (tj. 7) považují působení preventisty sociálně patologických jevů na škole za užitečné, za naprosto užitečné tři učitelé a dva učitelé to nedokážou posoudit.

5. Považují existenci Minimálního preventivního programu na školách za smysluplnou. Všichni učitelé považují existenci minimálního preventivního programu za smysluplné, sedm souhlasí, pět souhlasí naprosto.

6. Využívám prvky Minimálního preventivního programu ve své běžné pedagogické praxi.

Osm učitelů souhlasí, čtyři učitelé souhlasí naprosto.

7. Primární prevence prováděná na naší škole ovlivňuje chování našich žáků i mimo budovu školy.

Většina učitelů nedokáže posoudit, zda prevence prováděná školou ovlivňuje chování žáků i mimo budovu – odpovědělo takto devět učitelů. Naprosto s tímto tvrzením souhlasí pouze jeden učitel, jeden učitel souhlasí a jeden učitel nesouhlasí s tímto názorem.

8. Na otázku, zda si myslí, že spolupráce rodiny se školou je:

- a) výborná nezvolil žádný učitel
 - b) dostačující zvolil jeden učitel
 - c) rodiče se zajímají pouze, pokud je problém zvolilo šest učitelů
 - d) nedostačující – měla by se prohloubit zvolili 4 učitelé
- jeden učitel uvedl, že je to u každé rodiny jinak.

6.3 Dílčí závěr

1. Kouření i pití alkoholu se u dětí na základních školách vyskytuje, zkušenosti s ostatními drogami jsou minimální. Začátky experimentování spadají do nižších věkových kategorií.

Výsledek:

Kouření – 54,3 % ze všech dotázaných žáků uvedlo, že zkusili cigaretu, ale nekouří, 23,9 % uvedlo, že kouří. První zkušenost učinili v 11 letech a dříve (52,8 %).

Alkohol - 93,5 % žáků uvedlo, že mají zkušenost s alkoholem, 50 % z nich uvedlo, že měli první zkušenost s alkoholem v 11 letech a dříve.

Drogy - 28,3 % žáků uvedlo, že mají zkušenost s drogou, ale 71,7 % uvedlo, že zkušenost nemá. Ti kteří zkusili drogu, ji zkusili ve 13 letech a později (76,9 %).

Hypotéza se potvrdila. Kouření i pití alkoholu se mezi žáky základních škol běžně objevuje. Také se potvrdilo, že první zkušenosti dětí s drogami jsou malé. Začátky experimentování

s alkoholem a cigaretami se objevují již v jedenácti letech a dříve, spadají tedy do nižších věkových kategorií, pouze u drog se objevuje první zkušenost až ve 13 letech, **v této části se hypotéza nepotvrdila.**

2. Sídlištní prostředí patří mezi významné činitele působící na vznik patologických závislostí. Proto jsou to právě žáci ze základní školy v Brně – Novém Lískovci, kteří mají více zkušeností s cigaretami, alkoholem i drogami než žáci základní školy v obci Měnín.

Výsledek:

Alkohol – všichni žáci základní školy v Měníně tvrdí, že mají zkušenost s alkoholem (100 %), zatímco ze všech dotazovaných žáků z Brna má zkušenost s alkoholem 89,7 % a 3,4 % neodpověděli. Situace je znázorněna v grafu č.3. **V této části se hypotéza nepotvrdila.**

Cigarety - ohledně kouření odpovědělo 55,2 % brněnských žáků, že cigaretu zkusili, ale dále kouří jen 34,5 %. Naproti tomu žáci z Měnína uvedli, že v 53 % cigaretu zkusili, ale dále kouří pouze 5,8 %. Z uvedeného tedy vyplývá, že kouří více žáků z Brna než z Měnína. Situace je znázorněna v grafu č. 7. **V této části se hypotéza se potvrdila.**

Drogy - že mají zkušenost s drogou uvedli žáci z Brna v 41,4 %, zatímco žáci z Měnína pouze v 5,8 %. Situace je znázorněna v grafu č.10. **V této části se hypotéza potvrdila.**

Hypotéza o vlivu sídlištního prostředí na možný vznik závislosti se potvrdila, pouze u příčin vzniku závislosti na alkoholu se nepotvrdila.

3. Dobrá dostupnost alkoholu a média ovlivňují pití alkoholu u žáků.

Ze všech dotazovaných žáků odpovědělo, že média neovlivní, zda pije či nepije alkohol (87 %), pouze 13 % odpovědělo, že by je média ovlivnit mohla.

Ohledně dobré dostupnosti alkoholu, jako cena či možnost koupit alkohol kdekoliv, si 64,5 % žáků myslí, že je ani dostupnost nemůže ovlivnit, naproti tomu si však 35,5 % myslí, že by je to ovlivnit mohlo nebo je to ovlivnilo. Situace je znázorněna na grafu č.6. **Hypotéza se nepotvrdila.**

4. U dětí, které kouří platí, že kouří i jejich rodiče (alespoň jeden). U dětí, které kouří platí, že se kouří i u nich doma.

Výsledek: 81,9 % žáků, kteří kouří uvedli, že i jejich rodiče (nebo alespoň jeden kouří), pouze 18,1 % žáků, kteří kouří uvedli, že jejich rodiče nekouří. **Hypotéza se potvrdila.**

Výsledek: 45,5 % žáků, kteří kouří uvedli, že se kouří běžně i u nich doma, stejně tak 45,5 % ale uvedlo, že se u nich doma nekouří, že se u nich doma kouří pouze příležitostně uvedlo 9 % žáků, kteří kouří. **Hypotéza se nepotvrdila.**

Další informace, která se při zkoumání dané hypotézy objevila je, že existuje určitá vazba mezi školními výsledky a kouřením, neboť 63,7 % žáků, kteří kouří uvádí, že mají ve škole dobrý prospěch, tedy trojky a horší známky. 27,3 % uvádí, že mají dvojky a pouze 9 % žáků uvádí, že má prospěch výborný.

Všichni žáci, kteří kouří mají zároveň zkušenost s alkoholem.

5. Čím více pedagogů považuje prevenci a existenci Minimálního preventivního programu na škole za smysluplnou, tím více využívá jeho prvků ke své pedagogické praxi.

Všichni dotázaní pedagogové souhlasí, že existence Minimálního preventivního programu ve škole je smysluplná a všichni uvedli, že jeho prvky využívají ve své běžné pedagogické praxi. **Hypotéza se potvrdila.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou patologických závislostí u žáků základních škol, protože je to však problematika velmi obsáhlá, zaměřila jsem se zejména na popis příčin, klasifikaci závislostí a uvedení forem vhodné prevence, zejména tedy prevenci primární, kterou může poskytnout škola a rodina. Pro doplnění byl uveden přehled činností vlády i nevládních institucí v této oblasti, práce byla obohacena o teorie vzniku závislostí, to vše je zachyceno jak z pohledu teoretického, tak z pohledu praktického, neboť jsem teoretickou část doplnila o výsledky dotazníkového šetření, které jsem zpracovala do grafů a tabulek.

V teoretické části jsem nejprve seznámila čtenáře se základními pojmy týkající se této problematiky a to v podobě, jak je uvádí různí autoři. Jsou to pojmy závislost, patologická závislost, abstinenční syndrom a další. V další, druhé části, jsem klasifikovala typy závislostí, tedy toxikomanie, alkoholismus, patologické hráčství, závislost na cigaretách. V této kapitole jsem podrobněji bližší informace k problematice, tedy fáze závislostí a problematiku těchto závislostí ve vztahu k dětem. Další část je věnována teoriím vzniku závislostí, kde se snažím čtenáře seznámit s názory odborníků, kteří hledali příčiny vzniku závislostí a patologického chování. Mezi tyto teorie patří teorie biologické, jejichž základním východiskem je hledání biologicky podmíněných znaků, které vytvářejí dispozici pro vznik a rozvoj závislosti, teorie psychologická, ta klade důraz na osobnost člověka, motivaci, agresi, frustraci či sílu ega, sociologické teorie, podle nichž je deviace jev, který vzniká jako produkt patologického sociálního prostředí, v němž jedinec žije a teorie polyetiologické, které vyzdvihují přístup interdisciplinární. Čtvrtá část se zabývá příčinami vzniku patologických závislostí. Jádrem bakalářské práce je postihnout faktory, které vznik závislosti mohou způsobovat. Na základě odborné literatury se tedy zmiňuji o příčinách endogenních a exogenních. Mezi endogenní faktory patří dědičnost a osobnostní faktory, mezi exogenní faktory patří rodina, školní prostředí, vrstevnické skupiny, ale i společnost a dostupnost látek, které mohou závislost vyvolat. Pátá část shrnuje poznatky o prevenci. Podrobněji jsem se zabývala primární prevencí v rodině a škole a nutností spolupráce těchto institucí, neboť děti a mládež jsou prioritou primární prevence a také proto, že děti na základních školách jsou ve většině

případů ve fázi experimentování s návykovými látkami. V příloze č. 3 jsem pro doplnění uvedla instituce nacházející se v Brně, kde lze nalézt pomoc při prevenci a řešení závislostí.

Obsahem práce není pouze teoretická část, kdy jsem čerpala z literatury, ale je to i část praktická, kde jsem vyhodnotila výsledky, které jsem získala prostřednictvím dotazníkového šetření na základních školách. Právě prostřednictvím praktické části jsem mohla posoudit platnost či neplatnost stanovených hypotéz.

Hypotéza první, zda se kouření i pití alkoholu u dětí na základních školách vyskytuje a zkušenosti s ostatními drogami jsou minimální se potvrdila. Zkušenost s cigaretou a alkoholem má většina dotázaných žáků, objevuje se běžně, také se potvrdilo, že zkušenosti dětí s nealkoholovými drogami jsou malé. Začátky experimentování s alkoholem a cigaretami se objevují již v jedenácti letech a dříve, spadají tedy do nižších věkových kategorií, pouze u drog se objevuje první zkušenost až ve 13 letech, v této části se hypotéza nepotvrdila.

Hypotéza druhá: Sídlištní prostředí patří mezi významné činitele působící na vznik patologických závislostí. Proto jsou to právě žáci ze základní školy v Brně – Novém Lískovci, kteří mají více zkušeností s cigaretami, alkoholem i drogami než žáci základní školy v obci Měnín. Hypotéza o vlivu sídlištního prostředí na možný vznik závislosti se potvrdila, pouze u příčin vzniku závislosti na alkoholu se nepotvrdila, neboť právě žáci z Měnína uvedli, že mají všichni zkušenost s alkoholem, naproti tomu žáci z Brna uvedli, že ne všichni mají zkušenost.

Hypotéza třetí: Dobrá dostupnost alkoholu a média ovlivňují pití alkoholu u žáků se hypotéza nepotvrdila.

Hypotéza čtvrtá: U dětí, které kouří platí, že kouří i jejich rodiče (alespoň jeden) a u dětí, které kouří platí, že se kouří i u nich doma. Hypotéza se v části první potvrdila, tedy, z šetření vyplývá, že většina rodičů žáků, kteří uvedli, že kouří uvedli, že jejich rodiče nebo jeden z nich kouří. Hypotéza se potvrdila. Ve druhé části se hypotéza nepotvrdila, neboť žáci, kteří kouří uvedli, že se u nich nekouří, výsledek byl ale těsný: 45,5 % žáků, kteří kouří uvedli, že se kouří běžně i u nich doma, stejně tak 45,5 % ale uvedlo, že se u nich doma nekouří. Musím ale konstatovat, že se hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza pátá: Čím více pedagogů považuje prevenci a existenci Minimálního preventivního programu na škole za smysluplnou, tím více využívá jeho prvků ke své pedagogické praxi. Všichni dotázaní pedagogové souhlasí, že existence Minimálního preventivního programu ve škole je smysluplná a všichni uvedli, že jeho prvky využívají ve své běžné pedagogické praxi. Hypotéza se potvrdila. Většina dotázaných pedagogů si také myslí, že by měla primární prevence začít už v předškolním věku, také si většina z učitelů myslí, že prevencí prováděnou

na základní škole lze předcházet sociálně patologickým jevům, i když někteří tvrdí, že tuto otázku nelze posoudit, dva učitelé také uvedli, že zásadní vliv má rodina. Za nejvhodnější způsob vedoucí ke snížení sociálně patologických jevů považují pedagogové osobní kontakt, např. s drogově závislým nebo také systematickou práci třídního učitele. Většina učitelů považuje působení preventisty sociálně patologických jevů na škole za užitečné. Většina učitelů nedokáže posoudit, zda prevence prováděná školou ovlivňuje chování žáků i mimo budovu. Ohledně spolupráce rodiny se školou uvedla většina pedagogů, že se rodiče většinou zajímají pouze, pokud je problém, ale uvedli také, že je to u každé rodiny různé. Je nepochybné, že nároky na pedagoga i rodiče při řešení těchto situací jsou mimořádně náročné. V jejich zvládnutí se projevuje učitelovo pedagogické mistrovství a je jedním z měřítek profesionální kvality učitele.

Většina z hypotéz se na základě šetření potvrdila. Za zajímavý považuji výsledek ohledně vlivu médií a dostupnosti, kdy děti uváděly, že je tyto fenomény nemohou ovlivnit v užívání návykových látek, předpokládala jsem, že hypotéza bude potvrzena. Z výsledků dotazníku mě nejvíce zaujalo, že velké procento dětí z Brna uvedlo, že drogu zkusili i několikrát jako prostředek k řešení problému, myslím si, že právě tady selhala funkce rodiny a možná i školy, neboť je velmi alarmující, že děti neměly nikoho, komu by se svými problémy mohly svěřit. Dětem chybí nadhled, žijí přítomností a neví, že jsou velmi zranitelné, závislost může začít i pouhým experimentováním s drogou a byla by velká škoda a chyba, kdyby se právě droga stala prostředkem k řešení problému dítěte, vždyť stačí, aby rodiče dítěti naslouchali a věnovali mu více pozornosti.

Problematika sociálně patologických jevů v chování dětí a mladistvých a důvody vzniku patologických závislostí jsou velmi zajímavým tématem, neboť děti jsou jedna z nejohroženějších skupin populace, samy totiž neumí rozpoznat manipulaci a co je a není správné. Myslím si, že téma patologické závislosti je také neustále velmi aktuálním tématem, neboť kvalitativní změny ve společnosti představují určité rizikové faktory jako např. dekriminální či legalizaci drog a tedy významně ovlivňují myšlení, jednání a tedy negativně působí na děti při utváření postojů. Je tedy zřejmé, že problematika patologických závislostí se bude s rychle se rozvíjející společností neustále rozšiřovat o nové typy závislostí a společnost bude nucena nalézt nové způsoby řešení tohoto problému. V problematice patologických závislostí se nejedná pouze o problém postiženého. Problém se dotýká celé současné společnosti a proto je potřeba, aby se odborníci i laici od tohoto problému neodkláněli a neustali v hledání možných způsobů řešení.

Resumé

Bakalářská práce se věnuje problematice patologických závislostí, zejména příčinám vzniku a možnostem prevence. Mezi patologické závislosti patří mimo jiné závislost na alkoholu, na drogách, na cigaretách nebo patologické hráčství.

V práci jsou uvedena obecná fakta o návykových látkách. Jsou v ní zmíněny typy a fáze závislostí a vztah jednotlivých závislostí a dětí. Jádrem bakalářské práce je postihnout faktory, které vznik závislosti mohou způsobovat. Na základě odborné literatury se tedy zmiňuji o příčinách endogenních a exogenních. Mezi endogenní faktory patří dědičnost a osobnostní faktory, mezi exogenní faktory patří rodina, školní prostředí, vrstevnické skupiny, ale i společnost a dostupnost látek, které mohou závislost ovlivňovat. Hluběji se také zabývám možnostmi prevence tohoto chování, zejména v rodině a škole. Teoretické poznatky jsem se nakonec snažila potvrdit nebo vyvrátit prostřednictvím dotazníků, které jsem předložila žákům základní školy v Brně a v Měnině, kdy bylo cílem provést komparaci mezi žáky z města a vesnice a zjistit, zda je opravdu takový vliv městského sídlištního prostředí na vznik závislostí, jaký je mu připisován či nikoliv. Výsledky jsou zpracovány pro větší přehlednost do grafů a tabulek. Praktická část tedy obsahuje výsledky provedeného dotazníkového šetření.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou patologických závislostí u žáků základních škol a možnostmi prevence, zejména prevencí primární.

Popisuje typy patologických závislostí a teorie o jejich vzniku, snaží se postihnout příčiny vzniku tohoto patologického chování. Zabývá se prevencí patologických závislostí, zejména primární prevencí prováděnou rodinou a školou, uvádí kontakty na zařízení v Brně poskytujících pomoc při řešení tohoto problému.

Obsahuje shrnutí a komparaci výsledků získaných vyhodnocením dotazníků předložených žákům základních škol z různých obcí, je tedy možné obecné poznatky o příčinách a prevenci porovnat se skutečností.

Klíčová slova

Patologické závislosti, návykové látky, žáci základní školy, alkoholismus, toxikomanie, gamblerství, příčiny vzniku patologických závislostí, rodina, škola, vrstevníci, prevence, primární prevence, sekundární prevence, terciální prevence, peer programy.

Annotation

The dissertation addresses the issue of pathologic addictions of primary school pupils and its prevention.

It describes types of pathological addictions, their origin and causes. This dissertation covers the issue of prevention of pathological addictions, particularly primary prevention performed by the family and school. It also lists contact details of centres providing support and counselling in the particular area.

The dissertation summarizes and compares the results of questionnaires given to primary school pupils. This part of the dissertation allows confronting the theory of causes and prevention with the reality.

Key Words

Pathological addiction, drugs, primary school pupils, alcoholism, gambling, causes of pathologic addictions, family, school, peers, prevention, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, peer programmes.

Literatura

1. ATKINSONOVÁ, R. L. et al. *Psychologie*. Praha: Viktoria Publishing, 1995. ISBN 80- 85605-35-X.
2. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247- 0135-9.
3. HAMER, D., COPELAND, P. *Geny a osobnost*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-779-5.
4. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al. *Závislost známá, neznámá*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
5. JILČÍK, T., PLŠKOVÁ, A., ZAPLETAL, L. *Sociologie II*. Brno: Institut mezioborových studií, 1999.
6. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6. Dotisk 1. vydání.
8. KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. et al. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-896-3.
9. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et al. *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido, 2001.
10. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, 1994.
11. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.
12. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-831-7.
13. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.
14. MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
15. MÜHLPACHR, P. *Kapitoly ze sociální patologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2003.

16. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.
17. TKÁČ, J. *Patologické závislosti*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2005.
18. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
19. VÍTKOVÁ, M. *Základy speciální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, 2003.
20. VODIČKOVÁ, M. *Drogy a děti*. Brno, 1995.
21. Minimální preventivní program a Stanovení strategie prevence sociálně nežádoucích jevů pro školní rok 2007/2008. Základní škola v Brně, Kamínky 5.
22. <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/abuzus-abusus>
23. <http://www.drogy-info.cz/>
24. <http://ceskaskola.cz>
25. <http://www.poradenskecentrum.cz>
26. <http://www.msmt.cz/vzdelavani/dokumenty-13>
27. http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm
28. www.podaneruce.cz
29. www.biotox.cz/enpsyro

PŘÍLOHY

Příloha č.1 Dotazník na průzkum příčin vzniku patologických závislostí u žáků ZŠ

Příloha č.2 Dotazník na průzkum prevence patologických závislostí u žáků ZŠ

Příloha č.3 Přehled institucí v Brně poskytujících pomoc při prevenci a řešení patologických závislostí a sociálně patologických jevů

Příloha č.1

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Živná, jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a ráda bych Vás požádala o spolupráci. Jedná se o vyplnění stručného dotazníku zaměřeného na příčiny patologických závislostí žáků základních škol. Zpracované výsledky budou sloužit jako podklad bakalářské práce. Veškeré odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Proto si otázky klidně přečtete a odpověď zakroužkujte.

Děkuji předem za ochotu a spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku

Veronika Živná

1. Pohlaví:

- a) dívka
- b) chlapec

2. Věk:

- a) 13 let
- b) 14 let
- c) 15 let

3. Žiji (doplňte odpověď)

- a) s matkou a s otcem
- b) pouze s matkou
- c) pouze s otcem
- d) s prarodiči (prarodičem)
- e) s někým jiným

4. Pracují tvoji rodiče (ten s kým žiješ)?

- a) oba rodiče pracují
- b) jeden z rodičů nepracuje
- c) oba rodiče nepracují

5. Jaké máš známky např. podle posledního pololetního vysvědčení?

- a) Výborné – spíše jedničky
- b) Spíše dvojky
- c) Spíše trojky a horší

6. Jak obvykle trávíš svůj volný čas? (zatrhni to, co děláš nejčastěji)

- a) dívám se na televizi
- b) čtu knížky, časopisy
- c) sportuji
- d) jsem s kamarády nebo partou
- e) na počítači
- f) nudím se
- g) připravuji se do školy
- h) jinak

ALKOHOL

1. Máš zkušenost s alkoholem? (pivo, víno, tvrdý alkohol)

- a) ano
- b) ne

2. Věk první zkušenosti s alkoholem?

- a) 11 let nebo dříve
- b) 12 let
- c) 13 let nebo později
- d) ještě nemám zkušenost

3. S kým jsi pil(a) alkohol poprvé?

- a) sám
- b) s partou nebo s kamarádem
- c) s rodiči
- d) se sourozencem
- e) s někým jiným
- d) nepil(a) jsem dosud alkohol

4. Myslíš, že tě mohla k pití alkoholu přimět média (televize, internet, rádio), např. prostřednictvím lákavé reklamy?

- a) ano
- b) ne

5. Myslíš, že právě dostupnost alkoholu ti umožnila pít alkohol? (tzn. cena, možnost koupit alkohol kdekoliv)

- a) ano
- b) ne

6. Mají nebo měli tvoji rodiče nebo někdo z rodiny problémy s alkoholem – přicházejí domů opilí nebo doma pijí často alkohol?

- a) ano
- b) ne

7. Léčí nebo léčil se někdo z rodiny nebo tvoji rodiče ze závislosti na alkoholu?

- a) ano
- b) ne

KOUŘENÍ

1. Máš zkušenosti s kouřením?

- a) ano, kouřím
- b) zkusil (a) jsem, ale nekouřím
- c) nezkusila jsem a nekouřím

2. Věk první zkušenosti s cigaretou?

- a) 11 let nebo dříve
- b) 12 let
- c) 13 let nebo později
- d) nekouřím

3. S kým jsi kouřil(a) poprvé?

- a) sám
- b) s partou nebo s kamarádem
- c) s rodiči
- d) se sourozencem
- e) s cizími lidmi
- f) dosud jsem nekouřil(a)

4. Kouří tvoji rodiče?

- a) ano, matka
- b) ano, otec
- c) ano, oba
- d) ne, žádný z rodičů

5. Kouří rodiče i doma?

- a) ano
- b) ne
- c) jen, když je návštěva nebo příležitostně

DROGY (= pokud mluvíme o drogách myslíme např. LSD, kokain, heroin, marihuana,)

1. Máš zkušenosti s drogou

- a) ano
- b) ne

2. Pokud máš zkušenost s drogou, tak z jakého důvodu?(prosím vyber nejbližší jednu odpověď)

- a) ze zvědavosti
- b) z nudy
- c) při problémech
- d) z legrace
- e) abych držel(a) partu
- f) forma protestu
- g) jiný důvod _____
- h) nezkusil(a) jsem drogu

3. Pokud máš zkušenost s drogou, prostřednictvím koho ses k ní dostal(a)?

- a) od kamarádů (v partě)
- b) od sourozenců
- c) od cizích lidí
- d) nemám zkušenost s drogami

4. Bral někdo ve tvé rodině drogy nebo měl nějaké problémy s drogami?

- a) ano
- b) ne

GAMBLING

1. Kolik času strávíš u počítače, hraješ počítačové hry?

- a) každý den hraji počítačové hry
- b) několikrát do týdne
- c) vůbec – nebaví mě to
- d) nemám počítač

2. Hrál jsi někdy na výherním hracím automatu?

- a) ne
- b) ano pokud ano, tak s kým:
 - a) sám
 - b) s kamarády (partou)
 - c) se sourozencem
 - d) s někým jiným

Děkuji Vám Veronika Živná

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Živná, jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a ráda bych Vás požádala o spolupráci. Jedná se o vyplnění stručného dotazníku zaměřeného na prevenci patologických závislostí žáků základních škol. Zpracované výsledky budou sloužit jako podklad bakalářské práce. Veškeré odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Odpověď prosím zakroužkujte.

Děkuji předem za ochotu a spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku

Veronika Živná

1. V kolika letech by podle Vašeho názoru bylo vhodné začít s primární prevencí sociálně patologických jevů?

- a) v předškolním věku
- b) na 1. stupni ZŠ
- c) na 2. stupni ZŠ

2. Myslíte si, že počet případů patologických závislostí (gamblerství, alkoholismus, toxikomanie a kouření u dětí) je možné prevencí prováděnou na základních školách snížit?

- a) naprosto souhlasím
- b) souhlasím
- c) nevím, nedokážu posoudit
- d) nesouhlasím

3. Který z následujících způsobů snížení výskytu sociálně patologických jevů na základní škole považujete za nejvhodnější (vyberte pouze jednu odpověď)?

- a) přednáška odborníka
- b) osobní kontakt např. beseda s drogově závislým, ...
- c) informační letáky
- d) jiný _____

4. Působení preventisty sociálně patologických jevů na naší škole považují za užitečné.

- a) naprosto souhlasím
- b) souhlasím
- c) nevím, nedokážu posoudit
- d) nesouhlasím

5. Považuji existenci Minimálního preventivního programu na školách za smysluplnou.

- a) naprosto souhlasím
- b) souhlasím
- c) nevím, nedokážu posoudit
- d) nesouhlasím

6. Využívám prvky Minimálního preventivního programu ve své běžné pedagogické praxi.

- a) naprosto souhlasím
- b) souhlasím
- c) nesouhlasím

7. Primární prevence prováděná na naší škole ovlivňuje chování našich žáků i mimo budovu školy.

- a) naprosto souhlasím
- b) souhlasím
- c) nevím, nedokážu posoudit
- d) nesouhlasím

8. Spolupráce rodiny se školou je:

- a) výborná
- b) dostačující
- c) rodiče se zajímají pouze pokud je problém
- d) nedostačující, měla by se prohloubit

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas.

Příloha č. 3 Přehled institucí v Brně poskytujících pomoc při prevenci a řešení patologických závislostí a sociálně patologických jevů

Zdroj: Minimální preventivní program a Stanovení strategie prevence sociálně nežádoucích jevů pro školní rok 2007/2008. Základní škola v Brně, Kamínky 5

Instituce	Činnost	Adresa	Telefon a email
DROGY			
PPP Brno - Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti	primární a sekundární prevence závislostí	Sládkova 45, 613 00 Brno	548 526 802 fax: 548 529 350 sladkova@pppbrno.cz www.poradenskecentrum.cz
Sdružení a nadace Podané ruce	primární, sekundární a terciální prevence drog.závislostí, K-centrum, DPS, psychiatrická ambulance, doléčovací centrum, podporované zaměstnání, drogové služby ve vězení	K- centrum Drug Azyl - Vídeňská 3, 639 00 Brno ----- Teréni práce - Vídeňská 3, 639 00 Brno ----- DPS - Hapalova 22, 628 00 Brno ----- Psychiatrická ambulance – Hapalova 22, 628 00 Brno	543 249 343 drugazyl@podaneruce.cz ----- 543 210 802 extc@volny.cz ----- 541 227 704 elysium@sky.cz ----- 541 227 704, 777 916 000 psychiatricka.ambulance@podaneruce.cz ----- 545 246 690 jamtana@volny.cz
Teen Challenge	streetwork,kontaktovní centrum,prevence	Kopečná 37, 602 00 Brno	602 179 363
ALKOHOL			
MOAT (městská ordinace AT)	alkohol, gambling,drogy (ambulantně)	Masarykova 37, 602 00 Brno /do 18hodin/	542 214 220 (drog.záv. - Dr. Novák) 542 211 958 (Dr. Weinberger)
AT poradna	alkohol – poradenství, ambulantní	Vídeňská 3, 639 00 Brno	543 210 848 MUDr.Novotná
Sdružení A-klubů Skupina AA Fénix	nížkoprahové zařízení, alkohol.poradna setkání po.-17:30 st.-16:30	Křenová 62a, 602 00 Brno	541 24 72 33 (541 210 252-feditel) akluby@seznam.cz www.akluby.cz
PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY			
Psychiatrická léčebna Černovice	- alkohol, drogy, gambling - MUDr. Hogenbuchová - anonym. porad. alkohol, drogy - ambulance i hospitalizace	Húskova 2, 618 00 Brno	548 123 111 spojovatelka sekretariat@plbrno.cz
Psychiatrická léčebna Bohunice	- krizové centrum- MUDr. L.Pilařová - anorexie, bulimie - alkohol - MUDr. Klabusayová	Jihlavská 20, 625 00 Brno	547 191 111 spojovatelka lpilarova@fnbrno.cz
KOURENÍ			
Zdravotní ústav - Oddělení podpory zdraví	poradna odvykání kouření, individuální poradenství a terapie, skupinová terapie poradna pro zdravý životní styl, poradna při obezitě	Stará 25, 613 00 Brno	545 425 355-9 dr.Bártlová bartlova@zubrno.cz
DĚTI, MLÁDEŽ (+ matky) / www.detskaprava.cz			
Dětská nemocnice	klinická psychologie	Černopolní 9, 602 00	532 234 111

	PhDr. Pilát Milan	Brno	
RATOLEST LATA, 5P, POVODEŇ	preventivní práce s rizik.mládeží 15-19 let, streetwork	M. Horákové 19, 602 00 Brno	545 243 839 545 241 655 605/269 688 ratolest@ratolest.cz
Prev-centrum ULITA,o.p.s.	preventivní centrum	Sadová 2, 678 01 Blansko	516 410 621
Modrá linka	linka důvěry pro děti a mládež (po-pá)	Lidická 50, 602 00 Brno	549 24 10 10 608/90 24 10 help@modralinka.cz
Help me – SVP pro děti a mládež	děti s výchovnými problémy a experimentující s drogou	Bořetická 2, 629 00 Brno	544 23 46 29 fax: 544 21 61 78 helpme@volny.cz
JINÉ			
Občanská poradna	po – čt 9 - 13h	Anenská 10, 602 00 Brno	545 241 828
Policie ČR	prevence	Cejl 4/6, 611 38 Brno	974 621 111-spojovatelka 974 625 226 lemkr@mvr.cz
Městská Policie	primární prevence	Štefánikova 43, 602 00 Brno	541 12 41 11-spojovatelka mp@mpbrno.cz
Ombudsman	Ochránce práv občanů	Údolní 39, 602 00 Brno	Tel: 542 542 888 Fax: 542 542 112 podatelna@ochrance.cz