

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012/2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Anita Tučková

Závislostní chování a „tolerované“ drogy alkohol a tabák

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Jan Toman

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

MASTER'S COMBINED STUDIES

2012/2014

DIPLOMA THESIS

Anita Tučková

Addictive behaviour and “tolerated” drugs, alcohol and tobacco

Praha 2014

Diploma thesis supervisor: PaedDr. Jan Toman

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne.....

Anita Tučková

Poděkování

Děkuji PaedDr. Janu Tomanovi za obětavé a odborné vedení mé diplomové práce, za poskytnuté konzultace. Veškeré jeho námitky a připomínky mi byly velkým přínosem. Nelze opomenout zájem, kladný přístup a vstřícnost, kterou mi věnoval.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá vlivem drog na lidské chování a následky, které zneužívání drog přináší. Účinek „tolerovaných“ drog alkoholu a tabáku je podceňován. Toto nebezpečí ohrožuje celou populaci, hlavně ale děti a mládež.

Teoretická část pojednává o závislostním chování, o vlivu různých drog na lidský organismus. Podrobněji se zabývá alkoholem a tabákem, jejichž konzumace je u nás omezována pouze hranicí dospělosti. Přesto, a možná i právě proto, jde o drogy nejrozšířenější. Jejich zneužívání přináší mnoho problémů, od organického poškození až po sociální vyloučení.

Zabývá se také vývojem, který vedl k zlegalizování těchto drog v průběhu historie.

Praktická část se snaží zmapovat zkušenosti starších žáků s legálními drogami i drogami nelegálními. Chceme také přiblížit, jaký vliv má rodinné prostředí na zneužívání drog.

Klíčové pojmy

Alkohol, cannabis, droga, prevence, tabák, závislost.

Annotation

This diploma thesis is concerned with the effect of drugs on people's behaviour and the consequences that are brought about by the use of drugs. The impact of "tolerated" drugs, alcohol and tobacco is underestimated. This danger is jeopardizing the entire population, mainly children and youth.

The theoretical section deals with addictive behaviour, about the effect of different types of drugs on the human organism. It discusses alcohol and tobacco in greater detail, since it is the consuming of these substances that is only limited by the age of adulthood here. Nevertheless, and perhaps this is why, these are the most commonly used drugs. Their abuse brings many problems, ranging from physical damage to social exclusion.

It also discusses the developments that lead to the legalization of these drugs throughout history.

The practical part tries to map the experiences of older students with legal and illegal drugs. We also want to introduce the topic of the influence of the family environment on drug abuse.

Key Terms

Alcohol, cannabis, drug, prevention, tobacco, addiction.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Závislost	11
1. 1 Syndrom závislosti.....	11
1. 2 Dělení závislosti.....	13
1. 2. 1 Závislost na psychoaktivních látkách	13
1. 2. 2 Behaviorální závislosti.....	14
1. 3 Děti a mládež	15
2 Alkohol	16
2. 1 Akutní intoxikace.....	16
2. 2 Závislost na alkoholu	17
2. 2. 1 Etiologie.....	17
2. 2. 2 Typy závislosti	18
2. 2. 3 Vývoj závislosti	18
2. 2. 4 Odvykací stav	19
2. 3 Fyzické a psychické poškození.....	19
2. 3. 1 Alkohol v těhotenství.....	20
3 Tabák	21
3. 1 Závislost na tabáku	21
3. 1. 1 Etiologie.....	22
3. 1. 2 Vývoj závislosti	22
3. 1. 3 Odvykací stav	22
3.2 Fyzické a psychické poškození.....	23

3. 2. 1 Krátkodobé negativní účinky.....	23
3. 2. 2 Dlouhodobé negativní účinky.....	23
3. 2. 3 Kouření v těhotenství.....	24
4 Prevence.....	25
4. 1 Prevence – obecně	25
4. 1. 1 Experiment.....	25
4. 1. 2 Rodina.....	26
4. 1. 3 Stát	26
4. 2. 4 Dělení prevence	27
4. 2 Primární prevence	28
4. 2. 1 Východiska primární prevence	28
4. 2. 2 Oblasti primární prevence.....	30
4. 2. 3 Zásady primární prevence.....	31
4. 3 Sekundární prevence.....	31
4. 3. 1 Formy léčby	32
4. 3. 2 Náplň léčení	33
4. 4 Terciární prevence	34
4. 5 Konzumace drog v běžné populaci.....	34
4. 5. 1 Zamyšlení.....	36
4. 5. 2. Cesta od prohibice k toleranci	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	40
5 Cíl práce.....	40
5. 1 Hypotézy.....	40
5. 2 Popis výzkumného vzorku.....	41
5. 3 Použité metody výzkumu.....	41
5. 4 Harmonogram postupu	42

5. 5 Analýza dat	42
5. 6 Interpretace výsledků	65
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Drogy se stávají stále více součástí života kolem nás. Závažnost a aktuálnost této problematiky s jejím dopadem zejména na mladou generaci vedou k nutnosti zintenzivnit úsilí v boji s nimi. V praxi se střetáváme se dvěma protikladnými tendencemi – na jedné straně rozsáhlá osvěta ve školských zařízeních, na druhé straně však i značná tolerance a nedůslednost při potlačování těchto jevů ve společnosti. Jde zejména o alkohol a kouření. Dosavadní opatření se ukazují jako nedostatečná a málo účinná, dokonce u kouření můžeme registrovat mezi mladými lidmi jeho vzestup.

Ve své práci vychovatelky Dětského domova ve Znojmě se často setkávám s kuřáky, u kterých je už vyvinuta psychická i fyzická závislost z rodiny, odkud k nám přišli. Mám podchycené případy, kdy některé děti začínaly kouřit už v 7 – 8 letech a s přibývajícím věkem cítí potřebu stále zvyšovat svoji denní dávku. Konzumace alkoholu u nich je příležitostná, návyk se postupně vytváří. Při kontaktech s vlastními rodinami se tato negativa mohou ještě prohlubovat a posilovat.

V dětských domovech je věnována těmto jevům značná pozornost, osvětové působení a prevence však zůstávají se svými výsledky až za vlivem prostředí, které se prosazuje výrazněji a ovlivňuje mladého člověka. Při vzájemných hovorech děti tyto skutečnosti přiznávají a oceňují otevřenost při komunikaci s nimi. Kladně hodnotí volnočasové aktivity s propagací zdravého životního stylu a pohybovými prvky a rády se jich zúčastňují. Uvědomují si zdravotní, společenská a jiná rizika kouření a konzumace alkoholu, přesto ale u těchto nešvarů setrvávají. Pokud nemají příležitost zapálit si cigaretu, jsou neklidné a obtížně se koncentrují, zejména v zátěžových situacích.

Při individuálních pohovorech starší přiznávají, že by i rády přestaly, ale neprokážou dostatek pevné vůle. Při hodnocení to dokážou i sebekriticky přiznat. Moje postřehy a závěry nemohou mít všeobecnou platnost, ale odhalují stav, který by zřejmě mohl být podobný při výzkumu na jiných základních školách ve větších městech.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

Závislost nás provází celým životem. Člověk je bytostí závislou už od početí. Pro samotnou existenci je samozřejmá zprvu jen biologická závislost na matce, která se záhy rozšiřuje i v psychickou, sociální. Celý život je hledání cesty od závislosti k nezávislosti, k samostatnosti.

Časem se však některé závislosti začnou nahrazovat závislostmi patologickými. Zcela přirozeným jevem je vývoj patologických závislostí. Společnost jakýkoliv patologický jev začne potlačovat a zakazovat, dochází k prohibici. Je zřejmé, že k potlačení negativního jevu nedojde a je třeba řešit problémy a obtíže, které závislost přináší, které s ní úzce souvisí. Dochází k abolicí. Ta však samotné jádro problému také neřeší. Pak dojde k reglementaci, tedy úpravě zákonem či předpisem, a závislosti se dá právní rámec. Na základě omezení a jasných pravidel se zlegalizuje. Stejným procesem došlo ke zlegalizování užívání alkoholu a tabáku. Společnost začala tyto drogy tolerovat.

Existuje mnoho definicí závislosti. Syndrom závislosti byl zařazen do Mezinárodní klasifikace nemocí (desátá revize) – MKN-10. Definice MKN-10 je stěžejní pro tuto práci.

1. 1 Syndrom závislosti

Náhražkou přirozených závislostí může být závislost, která se mění v patologickou. *„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít*

v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků“ (Kudrle In: Kalina a kol., 2003, s. 107).

Kudrle (Kalina a kol., 2008) uvádí, že mezi kořeny vzniku závislosti patří hledání podstaty životních dilemat. A nacházíme hlubší motivace a potřeby:

- Strach z bolesti, snaha ulevit fyzické či psychické bolesti (nuda, neuspokojení, nízké sebehodnocení, rozdílnost v porovnání s jinými lidmi)
- Snaha zvýšit výkon, omezení zábran (euforie, radost)
- Sebepřekročení, splnutí (se sebou samým, s jinými, s Bohem, atd.)

Podle současné definice MKN-10 je syndrom závislosti 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 kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.

Závislostní chování se podle MKN-10 diagnostikuje za předpokladu splnění alespoň tří jevů po dobu jednoho roku.

1. Silná touha získat látku (bažení, craving)
2. Obtíže s kontrolou a ovládním užívání látky
3. Pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých následků
4. Dávání přednosti užívání před jinými aktivitami a povinnostmi
5. Zvýšená tolerance
6. Somatický odvykací stav

1. 2 Dělení závislostí

Závislostní chování má mnoho podob. Nejčastější je závislost na některé z psychoaktivních látek, ale dnes již není výjimkou ani závislost na některém z procesů.

1. 2. 1 Závislost na psychoaktivních látkách

Dělení psychoaktivních látek podle WHO:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech

F12.2 Závislost na kanabinoidech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantech, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Minařík (Kalina a kol., 2008) uvádí dělení psychoaktivních látek podle účinku na psychiku a podle míry rizika.

Rozdělení podle účinku na psychiku:

- Tlumivé látky – benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty, těkavé látky
- Stimulancia – pervitin, kokain

- Halucinogeny – kanabis, LSD, psylocibin

Rozdělení podle míry rizika:

- Vysoká – **tvrdé** – toluen, heroin, morfin, durman, crack
- Vysoká až střední – **tvrdé** – kokain, pervitin, LSD
- Střední – **tvrdé** – alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin, kodein
- Relativně malá – **měkké** – marihuana, hašiš, kokový čaj
- Prakticky bez rizika – **měkké** – káva, čaj

1. 2. 2 Behaviorální závislosti

Kromě závislostí na chemických látkách existují také behaviorální závislosti. Ty se sice řadí do kompulzivních poruch, ale „*návykové a impulzivní poruchy sdílejí fenomenologicky podobnou definici jako látkové závislosti, jen předmětem závislého chování není návyková látka, ale určitá činnost*“ (Vondráčková, 2012).

Mezi behaviorální závislosti patří:

- Gambling – patologické hráčství
- Závislost na komunikačních médiích – rádio, hudba, televize, video atd.
- Závislost na mobilních telefonech
- Závislost na internetu, virtuální realitě
- Závislost na práci
- Závislost na sexu, aj.

1. 3 Děti a mládež

V době dětství se formuje osobnost jedince. Fixují se různé vzorce chování, které nás doprovázejí s malými obměnami po celý život. Může to být období šťastné, plné krásných zážitků, ale také bolestivé. Zásadní vliv má primární prostředí, tedy rodina, forma rodinné výchovy.

V dospívání dochází k hledání sama sebe. Výraznější je vliv širšího sociálního prostředí, vliv kolektivu kamarádů. Mladistvý je přístupnější k negativním vlivům společnosti, patří mezi populaci ohroženou zneužíváním návykových látek. *„Jedinec si mnohem více začíná uvědomovat svou hodnotu, má zvýšenou potřebu odpoutat se od rodičů a vymezit se vůči okolí a zjištění, že mnoho svých představ potřeb není schopen naplnit, podporuje úzkostnost a pocit ztráty jistoty“* (Broža In: Kalina a kol., 2008, s. 257).

Podle Nešpora (2000) má působení návykových látek u dětí a mladistvých významná specifika. Při experimentování dochází k závislosti rychleji než u dospělé populace, je zkoušeno širší spektrum návykových látek. Mnohem častěji hrozí riziko otravy, nezákonné chování není výjimkou. Návykové látky mají významný vliv na další vývoj nezralé osobnosti, dochází k zaostávání v psychosociálním vývoji.

2 ALKOHOL

„Chemicky etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukrů. Látka je lidstvu známa od starověku, stejně tak problémy s jejím nadužíváním“ (Broža In: Kalina a kol., 2008, s. 257). Archeologické nálezy svědčí o tom, že alkohol byl znám v již dávné minulosti. Víme, že první zákon, který se zabýval nadměrnou konzumací alkoholu, vydal v roce 1039 Břetislav I. Trestal nejen opilce, ale i hospodské, kteří jim alkohol nalévali (Šejvl, 2006). První definice alkoholismu jako nemoci pochází z roku 1784.

Alkohol patří mezi legální drogy. Je lehce dostupný. Náš právní systém omezuje nákup alkoholu pouze hranicí dospělosti, tzn. osmnácti let.

ČR je v konzumaci alkoholu na jednom z předních míst ve světě. Spotřeba se podle odborné literatury pohybuje okolo 10 litrů čistého alkoholu na osobu.

Nebezpečí užití alkoholu má dvě roviny:

1. Intoxikace – „poruchy, které jsou způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, ať již bezprostředně, či následkem chronického abusu alkoholu“ (Popov In: Kalina a kol., 2003, s. 151)
2. Alkoholismus – „poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisejícím s abusem alkoholu a které mohou vyústit v závislost“ (Popov In: Kalina a kol., 2003, s. 151)

2.1 Akutní intoxikace

Alkohol působí na CNS, v malé dávce se projevuje stimulačně, ve větší míře způsobuje útlum.

Charakteristika jednotlivých stupňů intoxikace:

- 0,5 promile – lehká opilost – ústup úzkosti, příjemný pocit uklidnění
- 1 – 1,5 promile – opilost středního stupně – ztráta zábran, mnohomluvnost, sdružování, ztráta svalové souhry
- 2 – 2,5 promile – těžká opilost – poruchy hybnosti
- 3 – 4 promile – těžká intoxikace s bezvědomím – riziko smrti

2. 2 Závislost na alkoholu

Alkoholismus – nadměrná konzumace alkoholických nápojů, dochází k tělesné i psychické závislosti. Ve srovnání s ostatními drogami k ní dochází pomaleji, je to dlouhodobá záležitost.

V odborné literatuře se z medicínského pohledu rozlišuje (např. Janík a Dušek, 1990):

- Úzus – užívání alkoholu při různých událostech, příležitostně a v malém množství
- Abúzus – zneužívání alkoholu v nadměrném množství, v jakoukoliv dobu
- Misúzus – nepřiměřené užívání (spíše u jiných drog)
- Závislost

2. 2. 1 Etiologie

Popov (Kalina a kol., 2003) popisuje faktory, které se uplatňují při vzniku závislosti na alkoholu:

- Dispoziční – biologické, genetické, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita, aj.
- Expoziční – dostupnost alkoholu, množství, frekvence, kvalita, koncentrace, aj.

Janík a Dušek (1990) rozlišují tyto příčiny:

- Společenské – nedostatečná připravenost lidí i institucí na správné využívání volného času
- Individuální – důsledky nepříznivého života (v dětství i dospělosti), mimořádné životní události, výskyt zneužívání alkoholu v rodině

2. 2. 2 Typy závislosti

Jellinekova typologie z roku 1940 je dosud platná (Kalina a kol., 2008, s. 343):

1. Typ **alfa** – problémové pití – potlačení tenze, úzkosti, časté pití o samotě
2. Typ **beta** – příležitostný abuzus – časté pití ve společnosti, již somatické poškození
3. Typ **gama** – poruchy kontroly pití, nárůst tolerance, psychická závislost
4. Typ **delta** – denní konzumace alkoholu, somatická závislost
5. Typ **epsilon** – epizodický abuzus – nepříliš časté

2. 2. 3 Vývoj závislosti

Stádia podle Jellineka (Kalina a kol., 2008):

1. Počáteční - symptomatické
2. Varovné - prodromální
3. Rozhodné – kruciální
4. Konečné – terminální

Závislost na alkoholu vzniká pozvolna a nenápadně. Dochází ke změnám v myšlení a chování, k postupnému zvyšování tolerance vůči alkoholu. Rozvinutá závislost se projevuje doplňováním hladiny alkoholu bez výrazných projevů opilosti a

ztráty kontroly. Časté jsou výpadky paměti během intoxikace. Potupně dochází ke snížení tolerance, kdy i při malém množství alkoholu dochází k výrazné opilosti.

2. 2. 4 Odvykací stav

K odvykacímu stavu dochází při vysazení alkoholu u jedinců, kteří dlouhodobě a intenzivně alkohol zneužívají. Příznaky není možné vysvětlit zdravotním stavem či psychickou poruchou.

Nešpor (2000, s. 20-21) uvádí, že k odvykacímu syndromu dochází tehdy, pokud se u jedince objeví alespoň tři příznaky z následujících: „*bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, tzv. velké epileptické záchvaty (GM), nevolnost či zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů.*“ Může dojít k **deliriu tremens**. Jde o závažný, někdy i život ohrožující stav. „*Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými či sluchovými halucinacemi, bludy, dezorientací*“ (Popov In: Kalina a kol., 2003, s. 153).

2. 3 Fyzické a psychické poškození

Dlouhodobé zneužívání alkoholu způsobuje fyzickou i psychickou závislost na alkoholu. Poškození je zřejmé. Dochází k chronickým problémům trávicího traktu, je vysoké riziko cirhózy jater. „*Roste i riziko mozkové mrtvice. Při vyšších dávkách je ohroženo srdce, poškození centrálního i periferního nervového systému, roste riziko nádorů, kožních nemocí, impotence, vyšší riziko úrazů a dopravních nehod*“ (Nešpor, 1999, s. 16).

Alkoholik má i řadu psychických problémů. Často bývá agresivní vůči okolí, trpí strachem a úzkostí, dostavují se poruchy vnímání a myšlení. „*Psychotické poruchy vyvolané alkoholem (alkoholové psychózy) vznikají jako následek dlouhodobého, léta trvajícího chronického abusu. Řadí se sem alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence*“ (Popov In: Kalina a kol., 2003, s. 134).

Destrukce alkoholika se také podepisuje na problémech ve vztazích. Chování, které se vymyká normě, způsobuje konflikty. Často nepřiměřené až agresivní reakce mají za následek hádky, výmluvy. Dochází k zanedbání rodiny, rozvodu. *„Lidé pod vlivem alkoholu se častěji dopouštějí trestných činů a také se častěji stávají oběťmi“* (Nešpor, 1999, s. 17).

V pracovním procesu dochází k poklesu výkonnosti, absencím a ztrátě zaměstnání. Dostavuje se finanční nesolventnost. Při recidivě se jen obtížně hledá uplatnění na trhu práce.

2. 3. 1 Alkohol v těhotenství

U žen alkoholiček, které otěhotněly, hrozí významné riziko poškození plodu, tzv. **fetálního alkoholového syndromu**. Projevuje se *„hyperaktivitou, nižším intelektem, poruchami chování, faciálními znaky, psychickými problémy a dalšími odchylkami od normy. Nezřídka jsou děti a mladiství s FAS vystaveni i brachiálnímu násilí a sexuálnímu zneužívání. V adolescenci a v dospělosti bývají závislí na návykových látkách, dopouštějí se i závažných trestných činů“* (Gabrhelík, 2007).

3 TABÁK

Tabák je rostlina, která se pěstuje na americkém kontinentu. Zpracované listy se žvýkaly, kouřily nebo šňupaly. Poté, co se tabák dostal do Evropy, sloužil jako lék. Teprve později byl zneužíván jako návyková látka vykazující mnoho škodlivých účinků.

Dnes je kouření rozšířeno po celé zeměkouli. Ve vyspělých zemích spotřeba stagnuje nebo klesá, ale celosvětově neustále stoupá. Alarmující je, že většina kuřáků začíná s návykem před osmnáctým rokem (Králíkovi In: Kalina a kol., 2003).

Nákup tabákových výrobků je podle zákona stejně jako alkohol omezen věkovou hranicí od osmnácti let. V drtivé většině převažuje nad ostatními tabákovými výrobky cigareta.

Tabák obsahuje čtyři až pět tisíc složek, z nichž toxický rostlinný alkaloid nikotin je jedinou návykovou látkou. „*Jedná se o prudký jed, minimální smrtelná dávka pro člověka je asi 50 mg. Mechanismus účinku nikotinu spočívá ve vazbě na specifické receptory v CNS*“ (Kalina a kol., 2008, s. 364).

„*Indiáni používali tabák jako lék, např. proti bolestem zubů, kdy jej vtírali do dásní, nebo při bolestech hlavy či proti některým infekčním chorobám*“ (Janík a Dušek, 1990, s. 51). Dnes víme, že nikotin zvyšuje soustředění a paměť, snižuje podrážděnost a chuť k jídlu. Negativní účinky však výrazně převažují nad pozitivními.

3. 1 Závislost na tabáku

Závislost na tabáku je dlouhodobá záležitost. Návyk vzniká pozvolna dlouhodobým kouřením.

3. 1. 1 Etiologie

Je mnoho teorií, proč k závislosti dochází. Některé se shodují s etiologií závislosti na alkoholu. Novák (1980) uvádí čtyři determinující faktory:

1. Faktory farmakologické – zpočátku stimulant (později inhibitor), ovlivňuje náladu
2. Faktory somatické a psychické – osobnost – mezi kuřáky bývá více emočně nevyrovnaných, nervově labilních
3. Faktory environmentální – sociální vliv prostředí
4. Faktory precipitující - motivace

3. 1. 2 Vývoj závislosti

Kuřáky lze rozdělit následujícím způsobem:

- **Příležitostný kuřák** – kouří občas, aniž by měl potřebu.
- **Návykový kuřák** – je již vytvořen návyk, ale není tak fixován, aby byla vyvinuta psychická závislost. Je možné přestat bez větších potíží.
- **Kuřák s psychickou závislostí** – kuřácký rituál, požitok, uvolnění
- **Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí** – „do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně-vegetativní prožitky. Pravděpodobně je již pozměněna vegetativní reaktivita. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid“ (Mečíř, 1990, s. 128-129).

3. 1. 3 Odvykací stav

K odvykacímu stavu dochází podle Kaliny (2008) asi po 24 hodinách od užití nikotinu. Projevuje se touhou po kouření, kterou doprovází podrážděnost, porucha

soustředění, úzkost a neklid, porucha spánku a zvýšená chuť k jídlu. Může se dostavit i depresivní symptomatologie. Některé z těchto příznaků mohou přetrvávat i mnoho týdnů a měsíců.

3. 2 Fyzické a psychické poškození

„Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální: tabák nevede ke změně stavů psychiky a neprovokuje je, je to psychicky bezpečná, legální, dostupná, tolerovaná droga“ (Králíková, 2003, s. 206). Somatická rizika jsou však o to větší.

3. 2. 1 Krátkodobé negativní účinky

Krátkodobé účinky nejsou ze zdravotního hlediska tak významné jako dlouhodobé. Někoho mohou od kouření odradit, ale většinou se rychle překonají.

Kalina a kol. (2008) uvádí tyto krátkodobé účinky:

- Podráždění trávicího traktu s možným průjmem
- Překrvení vnitřních orgánů, včetně srdečního svalu
- Vliv oxidu uhelnatého na krev
- Možnost předávkování s nevolností, bolestí hlavy atd.
- Vliv na dýchací cesty

3. 2. 2 Dlouhodobé nežádoucí účinky

Kouřením cigaret doutníků nebo dýmky dochází především k poškození zdraví. *„Tabák prakticky zabije každého druhého svého konzumenta s pravděpodobností 1:1 v důsledku užívání tabáku, průměrně asi o deset let dříve než nekuřáka“ (Králíková In: Kalina a kol., 2003, s. 206).*

Kalina a kol. (2008) uvádí tyto dlouhodobé účinky:

- Závažná onemocnění dýchacích cest
- Onemocnění trávicího traktu
- U mužů problémy s potenci
- Změny v soustředění, poruchy spánku

3. 2. 3 Kouření v těhotenství

„Kouření snižuje pravděpodobnost otěhotnění a to zejména v případě, že kuřákem je partner. Kouření má prokázaný vliv na zhoršenou kvalitu spermií u mužů. U žen kuřáček je naopak zvýšené riziko vzniku mimoděložního těhotenství“ (Račanská).
Dostavit se mohou různé komplikace spojené s funkcí placenty a jejího uložení v děloze. Děti se rodí s nižší porodní váhou.

U dětí kuřáček hrozí vyšší riziko syndromu náhlého úmrtí novorozence. Kouření matky v těhotenství je také jednou z příčin poruch vývoje dítěte a poruch chování.

4 PREVENCE

Ještě dříve, než se budeme zabývat samotnou prevencí, je nutné se zamyslet nad aspekty, které nějakou měrou přispívají k vzniku závislosti nebo zjednodušují přístup k alkoholu, tabáku i jiným drogám.

4. 1 Prevence - obecně

„U nás kouří necelých 30 % obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40 – 50 % mladých, a to zejména dívek. Nejčastěji se s kouřením začíná kolem 14 let, 80 – 90 % kuřáků začne před svým 18. rokem“ (Králíkovi In: Kalina a kol., 2003, s. 205). Jinak tomu není ani u pití alkoholu.

4. 1. 1 Experiment

„Výzkumné studie naznačují, že děti začínají s experimentováním již okolo dvanáctého a třináctého roku. Častý bývá přechod od užívání legálních drog (alkohol, tabák) k nelegálním (marihuana, pervitin, heroin) s tím, že marihuana má naprosté prvenství. Toto pořadí v užívání zcela odpovídá míře, do jaké jsou jednotlivé drogy u nás kulturně a sociálně tolerovány: tabák – alkohol – marihuana“ (Hajný, 2001, s. 11). Experimentům se tedy nevyhne téměř žádný mladý člověk. Zde je prostor na působení dalších vlivů, které mohou svým vlivem rozhodnout, zda zůstane jen u experimentů nebo se rozvine závislost, která na sebe „nabalí“ další problémy a komplikace.

4. 1. 2 Rodina

Významný vliv na osobnost mladého člověka má rodinné prostředí. Harmonická rodina vychovává jedince, který řeší problémy, neutíká před nimi, má zdravé sebevědomí, uvědomuje si svoji hodnotu.

Podle Hajného (2001) některé zvyky v rodině zvyšují riziko užívání drog. Příliš úzkostná nebo naopak liberální výchova přináší problémy ve vnímání „svobody“. Dítě se musí naučit vnímat svobodu jako právo, ale i povinnost nést důsledky. Problémy a konflikty je třeba vyslovit nahlas a řešit je. Nedostatek času společně stráveného aktivním způsobem a narušená vzájemná komunikace může způsobit, že si členové rodiny jeden druhého nevšímají a neodhalí problémy. Rodiče by měli být vzorem zdravého sebevědomí. Důležitý je vztah rodičů k alkoholu a tabáku.

Rodinné prostředí a rodinné vztahy uživatelů drog a byly mnohokrát zkoumány. Vyplynuly z nich zajímavé informace (Radimecký, 2006). Muži ve velké míře pocházejí z rodiny, kde figuruje výrazně ochranná, tolerantní matka, která svému synovi ve větší míře dopřává svobodu, a na druhé straně otec, požadující tvrdou disciplínu. Vztah otce a syna bývá problematický.

U žen to naopak bývá matka, která má s dcerou komplikovaný vztah, ochranný a přitom autoritativní. Otec může být shovívavý, jindy agresivní, často sexuálně agresivní, nebo má sám problémy se závislostí.

Mnoho uživatelů drog bylo před šestnáctým rokem odtrženo od rodičů kvůli smrti jednoho z nich nebo z jiných důvodů.

4. 1. 3 Stát

V posledních letech se alkohol a tabák řeší i na parlamentní půdě. Obě drogy jsou legální, dají se koupit pouze s omezením na věk, tedy od osmnácti let. K omezení kouření došlo také v restauracích. Prostory pro kuřáky a nekuřáky musí být odděleny.

Otázkou však zůstává, zda se zákon dodržuje, jak přísně je kontrolován a jeho nedodržení postihováno. Má stát zájem na omezení spotřeby alkoholu a tabáku? Příjmy,

kteřé stát vybere na daních z prodeje alkoholu a tabáku, nejsou pro státní pokladnu zanedbatelné. Ale napravování škod, které alkohol a tabák způsobí, není rozhodně levná záležitost.

Nabízí se otázka, zda by úplný zákaz prodeje alkoholu zabráníl mladým lidem pít alkohol a zda by ubylo závislých na alkoholu. Historie ukázala, že úplná prohibice nikam nevede. Černý trh s alkoholem jen kvetl a kvalita dostupného alkoholu se nedala uhlídat.

Zajímavý model částečné prohibice je téměř v celé Skandinávii. Alkohol se prodává omezeně v síti prodejen, které stát kontroluje. Vysoké daně na alkohol znamenají vysokou cenu nápojů s obsahem alkoholu. Omezen je i dovoz z jiných zemí. Tato restrikce opravdu znamená výrazně nižší spotřebu alkoholu na osobu. Nicméně i tam jsou zaznamenána úmrtí po konzumaci nekvalitního alkoholu koupeného na černém trhu.

4. 1. 4 Dělení prevence

*„Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je **prevence**, kterou podle WHO rozdělujeme takto:“* (Kalina In: Kalina a kol., 2003, s. 17)

- 1) *„**Primární prevence** – předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.*
- 2) ***Sekundární prevence** – předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženy a postiženy, případně se na ní staly závislými. Obvykle užívána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.*
- 3) ***Terciární prevence** – předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Radíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů“* (Kalina In: Kalina a kol., 2003, s. 17)

Do prevence se zapojují hlavně poradenské, zdravotní a sociální služby, které jsou poskytovány státními i nestátními organizacemi či institucemi.

4. 2 Primární prevence

„Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity. Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením na cílové skupiny“ (Kudrle In: Kalina a kol., 2008, s. 18).

- Biologický předpoklad – pohyb, výživa, léčba nemocí, prevence úrazů, rehabilitace zdravotního postižení, apod.
- Psychologický předpoklad – nuda, zvědavost, nízké sebevědomí apod.
- Sociální předpoklad – sociální postavení, členství v rizikové skupině, rasová nebo jiná odlišnost, apod.
- Spirituální předpoklad – hledání smyslu života, absence nebo deformace žebříčku morálních hodnot, apod.

4. 2. 1 Východiska primární prevence

Podle Béma a Kaliny (Kalina a kol., 2003) je závislost vztah mezi **drogou**, **jedincem** a **prostředím**, kde ke kontaktu dochází. Neexistuje člověk, který by byl svou osobností předurčen k závislosti, ani člověk, který by byl naprosto odolný vůči vzniku závislosti. Závislost vzniká na základě rizikových faktorů.

Cílovou skupinou pro primární prevenci je vlastně celá populace. Do rizikové skupiny se řadí věková kategorie od 13. do 18. roku, dále pak skupiny, které jsou nějakým způsobem ohroženy více než ostatní lidé, např. z dysfunkční rodiny, děti nebo partneři uživatelů drog apod.

Droga: popsáno výše

Jedinec:

Bém a Kalina (Kalina a kol., 2003) rozdělují cílovou skupinu primární prevence na primární a sekundární:

- **Primární cílová skupina** – děti a mladí lidé v přímém ohrožení
 - Všeobecná populace – všichni
 - Všeobecná cílová skupina – všichni členové populace v určité škole, třídě
 - Skupina se zvýšeným rizikem – více ohrožená část populace, např. sociálně nebo zdravotně oslabená
 - Začínající uživatelé
- **Sekundární cílová skupina** – má přímý vliv na primární cílovou skupinu (rodiče, učitelé, policisté)

Prostředí:

- a) Společnost – postoj společnosti k drogám, drogová politika státu, nálada ve společnosti (rozvodovost, konzumní způsob života...)
- b) Rodinné prostředí – nálada v rodině, výchovný styl, názor rodičů na problematiku, dostupnost drog v rodině (především alkoholu a tabáku)

Nešpor (2001) zdůrazňuje několik zásad, které by měly v rodině platit:

- Projevovat zájem a získat důvěru
- Umět s dětmi o tabáku, alkoholu a jiných drogách mluvit
- Vyvážený životní styl a zdravé záliby

- Dobré hodnoty a vzory
 - Dobrá společnost a obrana před špatnou společností
 - Pěstování zdravého sebevědomí
 - Spolupráce při výchově mezi rodiči i ostatními dospělými
- c) Vrstevnické prostředí – pro dospívajícího velmi důležité, nastavení životního stylu, orientace skupiny, způsob trávení volného času, hledání svého místa ve skupině (upozornění na sebe)

„Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. V současné době se u některých skupin mladých lidí setkáváme s postojem, že užívání drog je normální spíše než život bez drog. Tento postoj je často potvrzován médii. Je nezbytné, aby si děti a mladí lidé byli vědomi nebezpečí drog, aby věděli, že převážná část naší společnosti drogy neužívá, že užívání drog nelze vnímat jako normální“ (Bém, Kalina In: Kalina a kol., 2003, s. 275).

4. 2. 2 Oblasti primární prevence

Důležitým obdobím pro formování osobnosti člověka je věk, kdy se utvářejí hodnoty a normy. Důležité je také prostředí, ve kterém k formování dochází. Již zde dochází k primární prevenci:

- Rodina – popsáno výše
- Školní prostředí a obsah výuky – minimální preventivní programy ve školách, přístup učitelů k problematice (obsažený ve výuce i mimo ni)
- Prostor mimoškolní činnosti – aktivní a smysluplné trávení volného času
- Práce a pracoviště – působení na rodiče v zaměstnání, zájmová pracovní činnost dětí

- Místní společenství – činnost v obci, místní politika, sdružení, výrazné osobnosti, instituce, ale také etnické menšiny

4. 2. 3 Zásady primární prevence

Bém a Kalina (Kalina a kol., 2003) uvádějí obecné charakteristiky efektivity primární prevence:

- 1) *Kombinace mnohočetných strategií* – rizikových faktorů je mnoho, proto je třeba působit komplexně a koordinovaně – spolupráce institucí a organizací
- 2) *Kontinuita působení* – systematickost plánování, jednorázové akce bývají s minimálním efektem
- 3) *Cílenost a adekvátnost informací* – zohlednit věk, dosažené vědomosti, sociokulturní prostředí, postoj dané skupiny k problematice – nenutit, nepodbízet
- 4) *Propojenost prevence* – nevynechat alkohol a tabák – iniciační drogy pro další závislosti (další drogy)
- 5) *Včasný začátek prevence* – nejlépe už v předškolním věku
- 6) *Pozitivní orientace* – podpora zdravého životního stylu, dostatečná nabídka alternativ

4. 3 Sekundární prevence

Sekundární prevence, jak bylo zmíněno výše, spočívá v zastavení již vyvinuté závislosti. Dochází k němu především léčbou ze závislosti.

Podle Nešpora (2000) nemá závislost jednu příčinu, proto se při léčbě používá více postupů. Je propracován komplexní program, jehož součástí je skupinová terapie, socioterapeutický klub, rodinná terapie a různé další terapie. Nedílnou součástí tohoto

programu je sociální pomoc, poradenství a v rámci přípravy na povolání další vzdělávání.

U většiny drog (např. alkohol) musí dojít k vytržení ze závadného prostředí a k detoxikaci. Až je organismus zbaven látky, na které je závislý, je třeba, aby se klient ohlédl zpět a uvědomil si svoji situaci a hlavně aby chtěl řešit svůj problém. Nejdůležitější je motivace, tedy připravenost ke změně. Uvědomování si reality a snaha něco změnit však sama o sobě nestačí. Je nutné vědět, proč to změnit, a hledat další důvody a pozitiva změny. Musí pochopit souvislosti, uvědomit si, co mu škodí a jaký vliv má závislost na jeho život. Je nutné se k tomu zodpovědně postavit. Není asi jednoduché obnovit vztahy a vazby ke svému okolí a nejbližší rodině. Do léčby patří také naučit se uvědomovat si vlastní emoce a vyjadřovat je.

Tyto principy jsou základem skupinové terapie. Jedinec si uvědomí, že v podobné situaci není sám. Podpora od lidí, kteří se nacházejí v obdobné situaci, je jistě povzbuzením.

Na řešení problému mají však rozhodující vliv biologické, psychologické, sociální a spirituální předpoklady. Z toho lze vyvodit, že sekundární prevence je individuální záležitost. „*V anamnéze se stopují souvislosti mezi psychologickými problémy jedince a rozvojem abusu, identifikuje se období, kdy návykový abusus, závislost sama počala vytvářet psychologické problémy a celý systém se stal sebeurčujícím*“ (Kudrle In: Kalina a kol., 2003, s. 147).

4. 3. 1 Formy léčby

Léčba závislostí může mít několik forem:

- nízkoprahové programy – „*poradenská pomoc při řešení akutních zdravotních problémů nebo sociálních problémů. V rámci psychologického poradenství má adiktolog prostor pro krátkou motivační intervenci nebo dlouhodobější práci s motivací, krizovou intervenci a strukturované psychologické poradenství, jehož cílem může být*

samotný proces změny závislostního chování, včetně doporučení dalších léčebných možností“ (Vondráčková, 2013)

- ambulantní léčba – převažuje individuální poradenství, doplněné některými terapiemi
- ústavní léčba – převažuje skupinové poradenství, doplněné dalšími terapiemi
- následná péče – fixování, prevence relapsu, udržení změn

Důležitá je také sociální práce s jedincem, která se zaměřuje na řešení sociální situace (bydlení, zaměstnání, dluhy, právní poradenství atd.).

4. 3. 2 Náplň léčení

Jak Nešpor uvádí (2006), léčba probíhá osvědčenou formou. Měla by obsahovat mimo jiné následující prvky:

- vyšetření a léčbu somatických a psychických obtíží
- individuální psychoterapie
- léčebný klub
- Antabus – lék, který po požití alkoholu vyvolá typickou reakci
- léky na mírnění bažení
- rodinná nebo manželská terapie
- terapeutická komunita
- tělesné cvičení

4. 4 Terciární prevence

Terciární prevence spočívá v předcházení relapsu závislosti. Podle Kudrleho (2003, s. 147) tím rozumíme:

- 1) *„resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojují do substituční léčby a abstinují*
- 2) *intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat“*

Terciární prevence probíhá především na úrovni sociální práce. Sociální pracovník je nápomocen při hledání práce, ubytování, poskytuje poradenství. Tyto aktivity by měly vést ke zlepšení nebo udržení zdravotního stavu, ke stabilizaci v sociální oblasti. Psychologická pomoc je poskytována v doléčovacích centrech. Spočívá v individuálním nebo skupinovém poradenství, rodinném poradenství, motivačním tréninku apod.

Terciární prevence může probíhat v doléčovacích centrech nebo v centrech následné péče. Výstupem z těchto center by měl být jedinec schopný samostatného plnohodnotného života.

4. 5 Konzumace drog v běžné populaci

Jak již bylo popsáno výše, závislost lze diagnostikovat tehdy, pokud dochází ke splnění tří jevů z šesti po dobu jednoho roku – bažení, snížené sebeovládání v souvislosti s drogou, abstinenční příznaky při nedostatku látky, zvýšená tolerance, zanedbávání ostatních zájmů a užívání látky i přes škodlivé následky.

Bažení (carving) je nepřekonatelná touha užít drogu. Není to pouhá chuť na látku, o které je všeobecně známo, že je škodlivá. Tělesné a psychické bažení může vést až k poruchám paměti či útlumu reakcí, kdežto chuť pouze vystupuje do popředí před ostatními potřebami. Potlačení chuti vyžaduje sebeovládání a sebekontrolu.

Pozornost je třeba zaměřit jiným směrem a zabavit či zaměstnat se jinak. Jde o subjektivní příznak.

Dalším jevem jsou potíže se sebeovládáním v souvislosti s drogou, které se projevují v chování. Při bažení může vzniknout až úzkost, která sebeovládání snižuje. Jedinec je schopen kvůli droze udělat mnohé, jeho vůle, tedy sebekontrola je na nižší úrovni. Jeho chování se podřizuje droze.

Odvykací stav byl již popsán výše. Zjednodušeně lze říci, že při odvykacím stavu zlepšuje užití drogy momentální somatický stav.

Zvýšená tolerance je zvýšení dávky drogy, která má stejný účinek na organismus. U dlouhodobých alkoholiků tolerance později klesá, většinou v souvislosti s nějakým dalším onemocněním, často způsobeným právě užíváním alkoholu.

Upřednostnění drogy před jinými zájmy je dalším ze znaků závislostního chování. Ostatní zájmy ustupují do pozadí. Velké množství času je třeba na pořízení drogy, její užití i na zmírnění následků po požití drogy. Jedinec je ochotný věnovat nejen čas, ale i peníze. Finanční obnos může dosahovat často závratné výše. Když si např. kuřák spočítá, kolik investoval do své závislosti během let, může dojít k nečekaně vysoké sumě.

Pokračování v užívání i přesto, že jsou známy následky, je také znakem závislosti. Znamená to tedy, že pokud si jedinec není vědom, že si ubližuje, nejedná se o závislost. Vzhledem k tomu, že primární prevence spočívá především v informovanosti již od útlého věku, je těžké uvěřit, že si někdo není vědom následků svého konání. Spíše jde o to, že má pocit „neohrožitelnosti“ – mně se nemůže nic stát, mám to pod kontrolou. Až jasný důkaz, např. zhoršení zdravotního stavu, přenesení jedince do reality.

4. 5. 1 Zamyšlení

Bylo by dobré se nad těmito body ještě hlouběji zamyslet. Náš způsob života a sociokulturní prostředí vlastně téměř nezná zábavu bez alkoholu. Rodinná oslava, vesnická tancovačka, diskotéka pro mladé, ples pro věkem pokročilejší nebo jen posezení s přáteli - to vše je skoro nemyslitelné bez alkoholu a cigaret.

Když si vezmeme náš denní rozvrh, který je plný běžných činností, zaměstnání, také je běžná káva a cigareta. Večerní pivo nikoho nepřekvapuje. Žijeme v přesvědčení, že alkohol v malém množství nemůže škodit.

Volný čas velká část populace tráví aktivně, ať už sportem nebo jinou zájmovou činností. Je běžné, že po ukončení sportovní aktivity si sportovci zajdou „na jedno“. Obvykle je z toho víc než jedno pivo. Je to setkání s lidmi, se kterými máme stejný zájem, a popovídání s nimi je běžně provázeno skleničkou něčeho „dobrého“. Umíme si vůbec představit takové posezení bez těchto drog?

Mladí lidé celý týden pilně studují a co s volným časem o víkendu? Je možné trávit odpočinek bez alkoholu a dalších drog?

Nabízí se otázka, kde je hranice mezi závislostí a běžnou konzumací, která ještě organismu neškodí a nepodléháme jí. Při zamyšlení nad těmito šesti body je třeba konstatovat, že určitě každý z nás se s některým z nich setkal. Bažení je nutné odlišit jen od chuti drogu užít. Ale zrovna tak není zcela jasné, kde končí chuť a už začíná bažení. Je sváteční kuřák schopen odolat chuti nebo již nezvladatelné chuti, když se dostane do společnosti kouřících lidí? Kde je hranice?

Se sebeovládáním je to podobné. Již zmíněný případ „jdu na jedno“ je příkladem toho, že jedinec může mít problém. Někdy si to prostě rozmyslí, ale lze to rozlišit od toho, že se těžko přestává pít včas? Naše vůle na to nestačí.

U běžných konzumentů by se odvykací stav vyskytovat neměl. Jde spíš o to přiznat sám sobě, že kocovina, která občasně zvýšenou konzumaci alkoholu či jiných drog doprovází, už není kocovina, ale přerostla v potřebu požití látky a předejít tak tělesným obtížím. To samotné vlastní přiznání je asi ta hranice, kdy začíná jít o závislost.

Jistě jsme si vědomi, že konzumace návykové látky není pořád stejná. Jednou je jí více, jednou méně. Ale určitě si kuřák lehce spočítá množství cigaret, které vykouří. Méně zřejmé je to u konzumace alkoholu. Pravidelný pijan si spíš všimnout nechce, že množství vypitého alkoholu se zvyšuje.

Upřednostnění drogy před jinými zájmy u alkoholika bývá viditelné i pro blízké okolí. Ale umíme si dnes představit zábavu bez těchto drog? U některých lidí je návštěva pohostinství jediným zájmem. Ale pokud je jakákoliv bohulibá činnost prokládána konzumací návykové látky, není okamžik, kdy ke změně v závislost dochází, zcela zřejmý.

Existuje mnoho testů, které by měly odhalit závislost. Např. „*Fagerströmův test nikotinové závislosti je dotazník užívaný za účelem posouzení závažnosti závislosti na nikotinu (cigaretách). Dotazník je zaměřen na frekvenci kouření, množství vykouřených cigaret a na další okolnosti související s kouřením*“ (Pavlovská, 2011). Jiné testy se zabývají zjištěním dalších závislostí, např. na alkoholu. Bývají jednoduché s minimem otázek i složitější, které vyžadují delší soustředění a zamyšlení. Jsou běžně dostupné na internetových stránkách nebo v poradenských či nízkoprahových zařízeních.

4. 5. 2 Cesta od prohibice k toleranci

Alkohol se u nás konzumuje asi od nepaměti. Nebyla to jen výsada bohatých, ale také chudý lid byl ochotný dát nějaký malý obnos peněz či jiného platidla za zlepšení nálady nebo povzbuzení. Častá byla domácí výroba alkoholu. Samozřejmě byl rozdíl v kvalitě alkoholu. Tady platí přímá úměra - čím bohatší konzument, tím kvalitnější alkohol. To se asi dodnes nezměnilo. Dá se říci, že vlastně od nepaměti je alkohol u nás tolerovanou drogou. Jsou však lokality (např. arabský svět, Skandinávie aj.), kde alkohol tolerovaný není nebo pro jeho konzumaci platí různá omezení. I u nás existují jistá omezení, např. věk, konzumace v zaměstnání apod.

U tabáku to bylo trochu jinak. Svoji roli hraje fakt, že tabák je rostlina, které se v našich zeměpisných šířkách nedaří. Dovoz nebyl nijak levnou záležitostí, proto

si ho mohli dovolit jen movitější a zpočátku pouze muži. V první polovině minulého století byla cigareta ve špičce módním doplňkem bohatých dam. Rozhodně to nebylo běžnou záležitostí. A bylo nemyslitelné, aby si žena tzv. „od plotny“ odběhla zakouřit. Až druhá polovina minulého století přinesla masovější rozmach konzumace tabáku. Bylo zcela běžné, že se v obytných prostorech kouřilo. Ženy se začaly vyrovnávat mužům v různých oblastech lidské činnosti, včetně konzumace alkoholu a tabáku. Zcela se změnil pohled na tyto drogy. Tabákový průmysl i výroba alkoholu vzkvétaly a reklama působila ze všech médií.

Jiné drogy byly také známy, ale v první polovině minulého století byly výsadou „zhýralých mladíků žijících bohémským životem“, kteří si tuto nákladnou kratochvíli, mohli finančně dovolit. Bylo to tabuizované téma. Až šedesátá léta přinesla více informací o drogách, ale přesto se nestaly běžnou záležitostí. Téměř vždy byly drogy spojeny s kriminalitou. Rozhodně nebylo myslitelné je tolerovat.

Uvolnění v tomto ohledu přineslo otevření hranic na konci minulého století. Příliv cizinců k nám a možnost vycestovat do zemí, které produkovaly suroviny na výrobu drog či drogy samotné, přinesly rozmach a rozšíření škály drog. Dnes se informace velice rychle šíří a vzdálenosti se díky novým technologiím zkracují.

Je zřejmé, že hranice se postupem času posunuje. Užívání nelegálních drog bylo kriminalizované. Až náš právní systém zlegalizuje marihuanu, budou lákat další generaci jiné drogy? Předchozí generace experimentovala s alkoholem, potom s cigaretami, dnešní generace zcela běžně experimentuje s marihuanou. Bude se tato hranice posouvat dál? Jaké budou následky? Již dlouhou dobu se polemizuje o tom, zda jsou tolerované drogy vstupními pro další drogy. Názory na tuto tematiku se liší, odpověď není jednoznačná. Jisté však je, že „s jídlem roste chuť“ a zvědavost, která může být impulsem pro další experimenty. Např. *„marihuana sama k tvrdým drogám nevede (stejně jako k nim nevede třeba tabák a alkohol). Uživatelé marihuany (coby nelegální drogy) se ale častěji ocitají v prostředí, kde jsou dostupné další drogy“* (Hulík, 2003 – 3013).

Diskutuje se o škodlivém, či blahodárném, účinku marihuany na lidský organismus. Není však neznámou informací, že účinek na organismus je individuální

a závislý na frekvenci konzumace a samozřejmě síle účinné látky. Většina uživatelů se závislými nestane. „ *Je pravda, že každý uživatel marihuany riskuje vypuknutí duševního onemocnění (psychózy). Ale: marihuana sama duševní chorobu nezpůsobí, jen může přispět k jejímu vypuknutí, pokud je člověk predisponován. Ovšem nikdo o sobě nemůže říci, že takové dispozice nemá*“ (Hulík, 2003 – 3013). Co by přinesla legalizace marihuany?

Léčebné účinky canabisu jsou nepopíratelné. Jako léčivá bylina je užíván v lékařství odedávna. Stejně tak ale různé jiné byliny, které se dají zneužít a zneužívají. Nové technologie přinášejí nové syntetické drogy, jejich možnosti budou odhalovány a zneužívány. Posune se hranice lidské tolerance vůči návykovým látkám ještě dál?

To, co bylo před třiceti lety nemožné, je dnes běžnou záležitostí. Alkohol byl asi vždy tolerován. Postupem času se do této kategorie dostal i tabák. Užívání jiných drog bylo zcela neslučitelné s „normálním“ chováním, tedy s chováním, které je běžné v našem kulturním prostředí. Dnes se jen těžko najde třicátník, který by neměl vlastní zkušenost s jinou drogou, než je alkohol a tabák. Mezi mladší veřejností se začíná tolerovat i marihuana. Zde je viditelný rozpor mezi mladší a starší generací.

Také věková hranice první konzumace jakékoliv drogy se výrazně snížila. Zde je prostor pro primární prevenci, jak již bylo popsáno výše.

Nabízí se tedy závěr: Postupem času se tolerance populace vůči drogám rozšiřuje, k tolerování alkoholu přibyl tabák a začalo se diskutovat o marihuaně, kterou už mladší generace toleruje. S legalizací marihuany, která je v budoucnu možná, se začne diskutovat o možnosti tolerovat další drogu?

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL PRÁCE

Cílem této práce je analýza vlivu tolerovaných drog na život dětí a mládeže v různých sociálních skupinách. Zneužívání „tolerovaných“ drog ohrožuje celou populaci, zejména ale děti a mládež. v souvislosti s těmito drogami hrozí organická poškození, sociální vyloučení, násilí ve vztazích, snižování práhu obrany proti ostatním drogám aj.

Cílovou skupinou jsou starší žáci, kteří odpovídali na dotazník. Budeme porovnávat odpovědi ve čtyřech kategoriích. Důležitým kritériem pro rozdělení žáků do jednotlivých kategorií bylo prostředí, ve kterém vyrůstají. Na základě vyhodnocení dotazníků se pokusíme potvrdit nebo vyvrátit hypotézy č. 1 a č. 2.

5.1 Hypotézy

Vliv rodinného prostředí je na dítě zcela zásadní. Má zátěž v rodinném prostředí vliv na užívání drog u dětí?

Hypotéza č. 1: Užití drogy (tabáku) u dětí je přímo závislé na zátěži v rodinném prostředí.

Přestože jakékoliv drogy by měly být pro děti a mládež do 18 let nedostupné, není tomu tak. Získat tolerované drogy pro tuto věkovou skupinu není obtížné. Jejich zneužití tedy není nijak neobvyklé. Může být dítě, konzument tolerované drogy, přístupnější k zneužívání netolerovaných drog? Má zkušenosti s netolerovanou drogou?

Hypotéza č. 2: U dětí je ohrožení tolerovanou drogou větší než drogou netolerovanou.

5. 2 Popis výzkumného vzorku

Průzkum byl prováděn na Základní škole Václavské náměstí ve Znojmě. Žáky této školy jsou členové běžné populace ze spádové oblasti a žáci se specifickými poruchami učení a specifickými poruchami chování z celého Znojma. Tato škola byla vybrána náhodně.

Škola, ve které byl průzkum prováděn, měla ve školním roce 2012/2013 přes 400 žáků v 15 běžných třídách a 12 třídách speciálních, jež jsou zaměřeny na výuku žáků se speciálními potřebami. Do nich bylo zařazeno 12 autistů, 4 žáci s lehkým mentálním postižením, 1 středně těžce sluchově postižený, 1 těžce sluchově postižený, 1 středně těžce zdravotně postižený, 1 s těžkou poruchou dorozumívání, 7 žáků s vývojovou poruchou chování a 115 dětí s vývojovou poruchou učení. Děti jsou z různého sociokulturního prostředí, často z neúplných rodin.

Celkem 90 dotazníků bylo rozdáno mezi žáky 7., 8. a 9. ročníků, tedy věková kategorie 13 – 15 (ojediněle 16) let. Vrátilo se 87 vyplněných dotazníků. Dva dotazníky byly vyřazeny (pro nesrozumitelné odpovědi). Celkem tedy bylo vyhodnoceno 85 dotazníků.

5. 3 Použité metody průzkumu

Průzkum byl prováděn kvantitativní metodou - dotazníkem, který je součástí přílohy. Jeho cílem bylo zjistit, jaké zkušenosti mají děti s drogami, zda se cítí být ohroženy jejich zneužíváním, a jestli jsou v tomto směru ovlivněny rodinou.

Během analýzy dotazníků bylo nutné vyčlenit čtyři kategorie: kuřáci, nekuřáci, děti kuřáků, děti nekuřáků.

5. 4 Harmonogram postupu

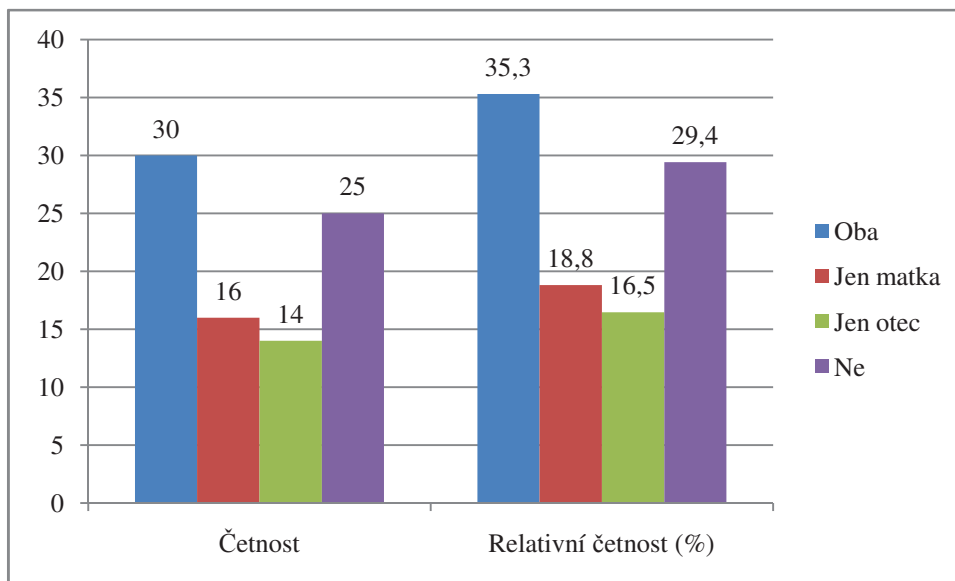
- a) **Přípravná fáze** – definování problému a cílů práce, stanovení otázek a hypotéz
- b) **Realizační fáze** – vypracování dotazníku, formulace otázek, výběr výzkumného vzorku, osobní návštěva školy, komentář k dotazníkům, jejich vyplnění
- c) **Vyhodnocovací fáze** – třídění vyplněných dotazníků, analýza dat a vyhodnocení

5. 5 Analýza dat

Analýzou prošlo 85 použitelných dotazníků. Nejběžnější a nejčastěji zneužívanou drogou mezi dětmi a mládeží je tabák, proto jsme skladbu otázek v dotazníku směřovali ke zneužívání právě tabáku, následně byly doplněny otázky týkající se alkoholismu a dalších drog. Na základě informací bylo nutné děti rozdělit do čtyř kategorií: dítě nekuřáka, dítě kuřáka, kuřák, nekuřák. První dvě kategorie se překrývají s následnými dvěma kategoriemi.

Hypotéza č. 1: Užití drogy (tabáku) u dětí je přímo závislé na zátěži v rodinném prostředí.

Graf č. 1: Kouří rodiče?



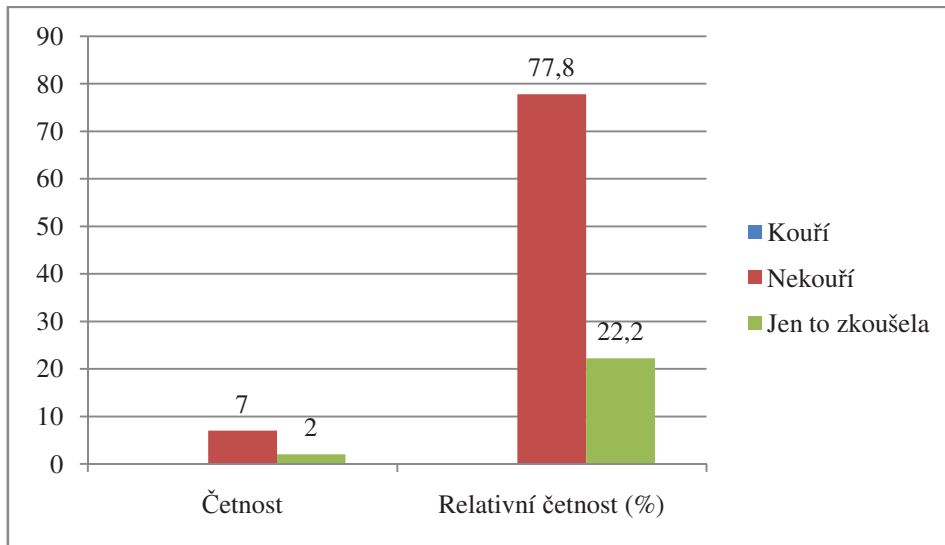
Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Podle informací uvedených v grafu č. 1 jsme děti rozdělili do kategorie **Děti nekuřáků a Děti kuřáků**. Je zřejmé, že rodiny, kde kouří alespoň jeden rodič, jsou ve velké převaze proti nekuřáckým rodinám. Lze tedy říci, že rodiny kde kouří alespoň jeden rodič, tvoří rodinné prostředí se zátěží návykové látky.

Rodinné prostředí – nekuřácké 25 dětí

Průzkumu se v kategorii Rodinné prostředí – nekuřácké účastnilo 9 dívek a 16 chlapců.

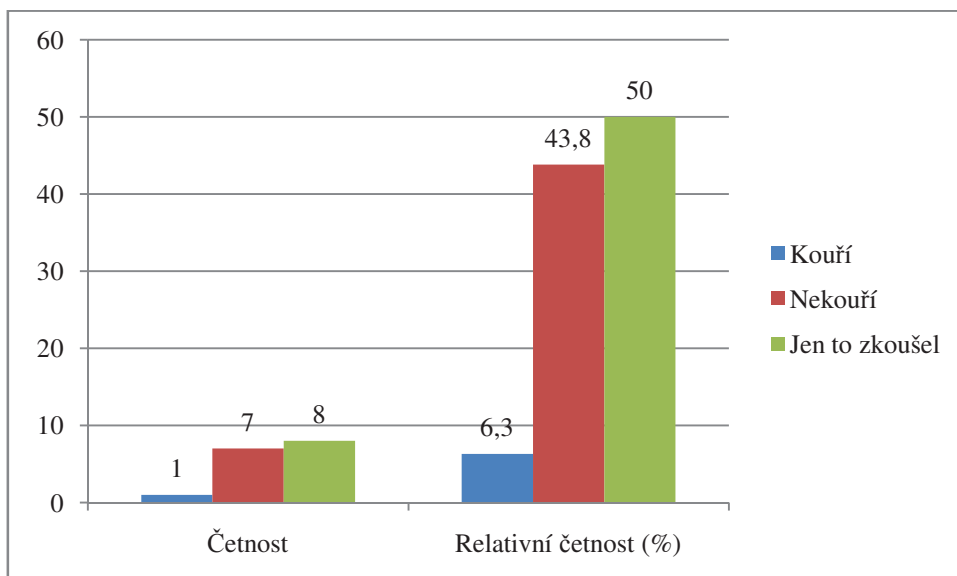
Graf č. 2: Dívky 9



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 2 znázorňuje, že žádná dívka z této kategorie se nepovažuje za kuřačku, 7 dívek vysloveně nekouří a 2 dívky kouřit zkoušely.

Graf č. 3: Chlapci 16

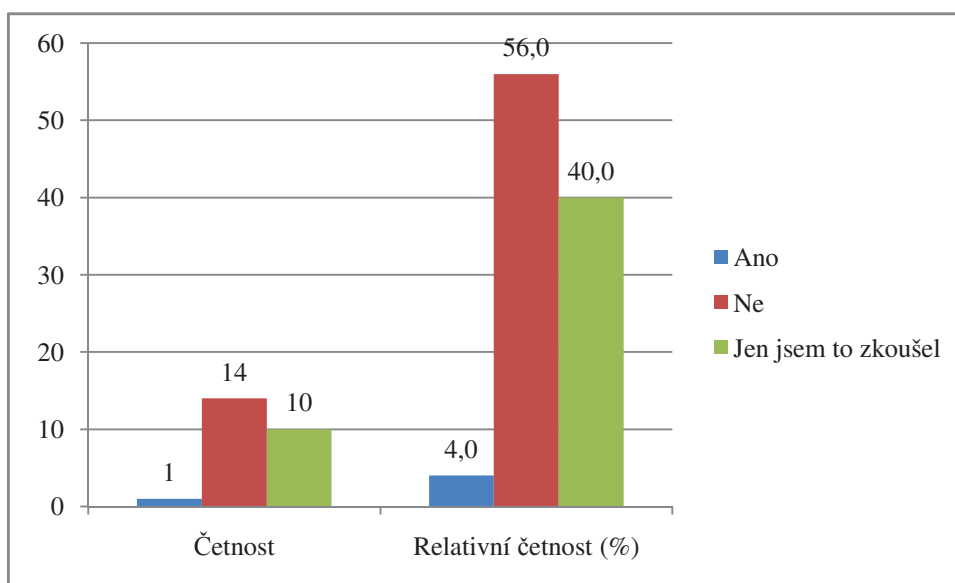


Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Z grafu č. 3 vyplývá, že v této kategorii se za kuřáka považuje 1 chlapec, 7 vysloveně nekouří a 8 chlapců to jen zkuselo.

Další údaje jsou bez rozlišení pohlaví.

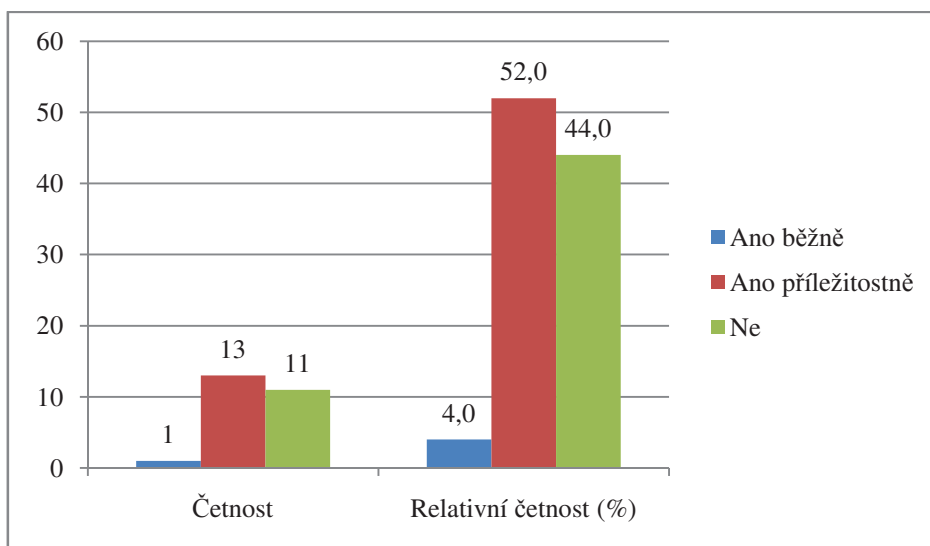
Graf č. 4: Kouříš?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 4 uvádí souhrnný počet kuřáků, nekuřáků a dětí, kteří kouřit jen zkuseli. Vyplývá z něj, že z 25 dětí kouří 4%, nekouří 56% a 40% to jen zkuselo.

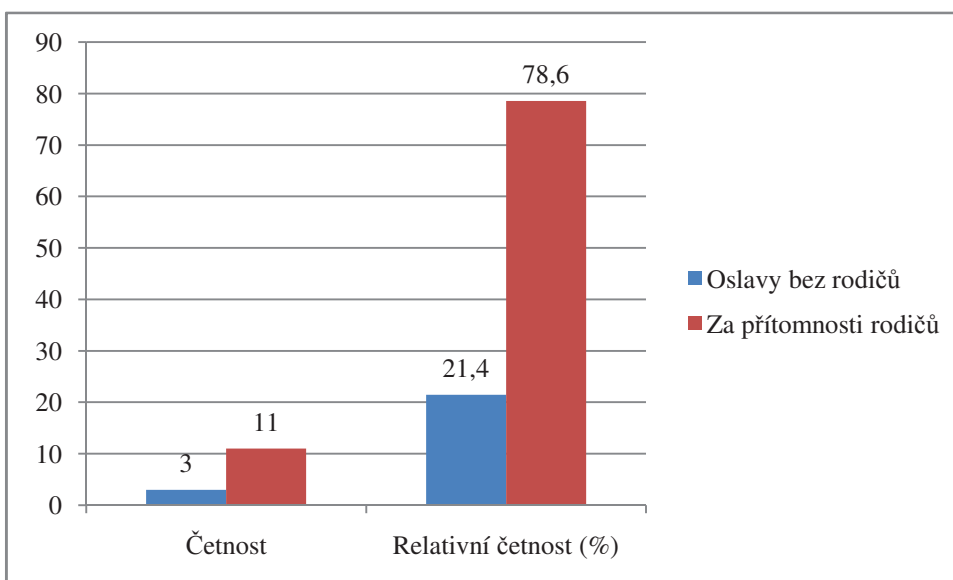
Graf č. 5: Pil jsi alkohol?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 5 znázorňuje zkušenost dětí z této kategorie s alkoholem. 1 pije alkohol běžně, 13 příležitostně a 11 dětí alkohol napije.

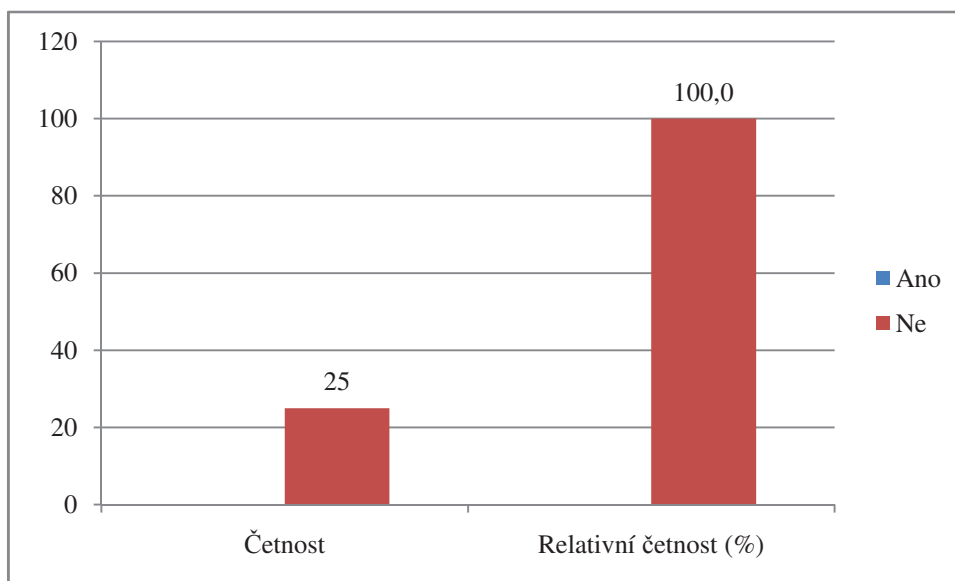
Graf č. 6: Jaká příležitost?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Podle grafu č. 6 3 děti pijí alkohol na oslavách bez přítomnosti rodičů a 11 dětí pije alkohol s vědomím rodičů, tj. 78,6% dětí z této kategorie.

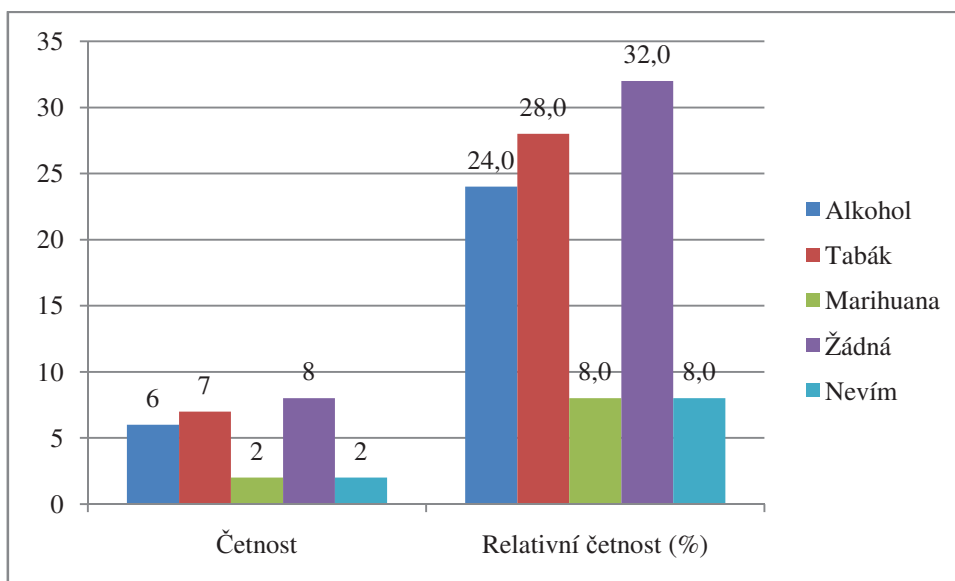
Graf č. 7: Zkoušel jsi jiné drogy?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 7 uvádí, že 25 dětí, tj. 100%, nemá zkušenost j jinými drogami (kromě alkoholu a tabáku).

Graf č. 8: Jaká droga ti připadá jako nejmenší zlo?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

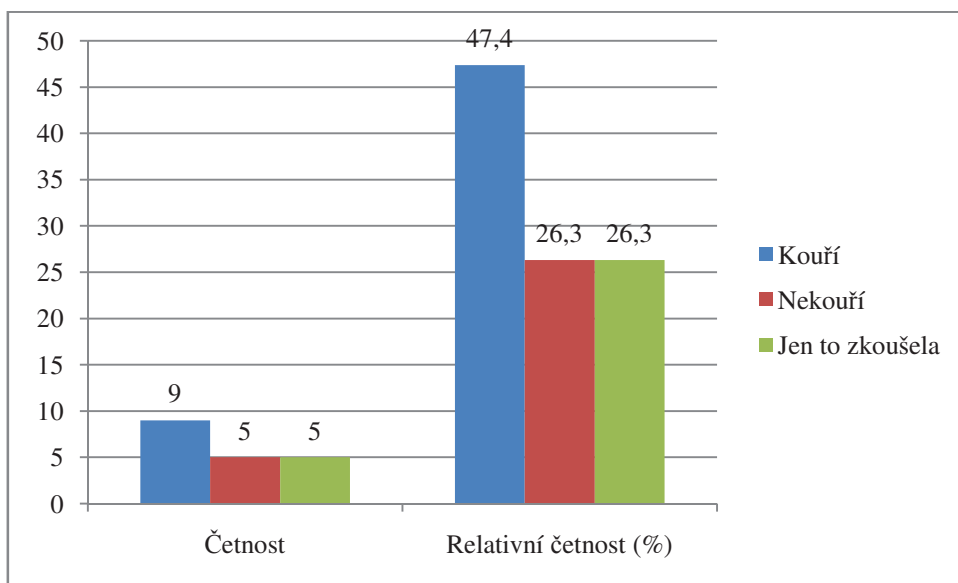
Na otázku: „Jaká droga ti připadá jako nejmenší zlo“, odpovědělo 6 dětí alkohol, 7 tabák, 2 marihuana, 8 žádná, 2 nevědělo.

V kategorii **Rodinné prostředí – nekuřácké**, se našel pouze jeden kuřák. K experimentování s touto drogou se přihlásil 10 dětí, z toho 2 děvčata a 8 chlapců (graf č. 2, 3 a 4). Alkohol pravidelně konzumuje 1 žák, 11 žáků ho nepije, 13 jich s alkoholem experimentuje (graf č. 5). Zarážející jsou výsledky v grafu č. 7, 3 děti pily alkohol bez přítomnosti rodičů a 11 dětí v přítomnosti rodičů (graf č. 6). Nejmenší nebezpečí děti vidí v tabáku, alkoholu a marihuaně (graf č. 8).

Rodinné prostředí – kuřácké 60 dětí

Průzkumu se v kategorii Rodinné prostředí – kuřácké účastnilo 19 dívek a 41 chlapců.

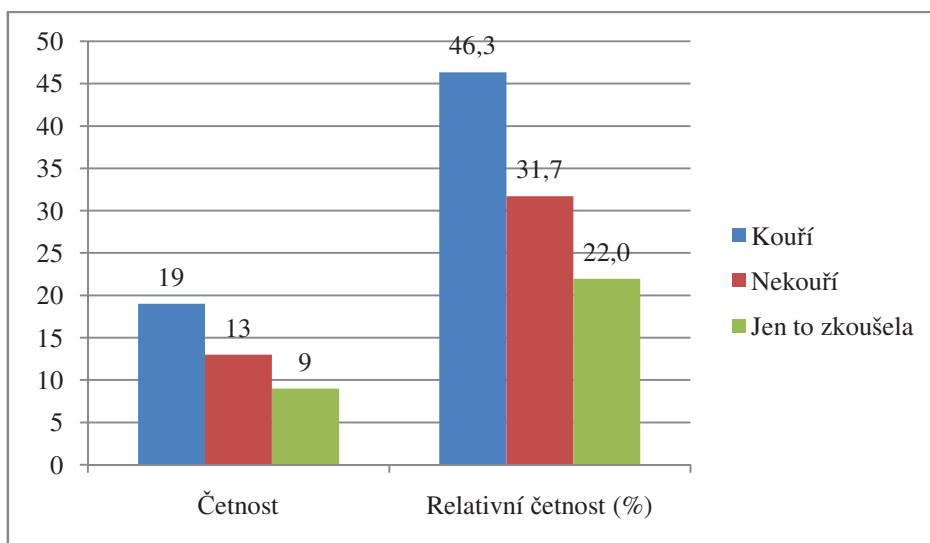
Graf č. 9: Dívky 19



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Z grafu č. 9 vyplývá, že v této kategorii se 9 dívek považuje za kuřáčky, 5 dívek nekouří a 5 dívek to jen zkoušelo.

Graf č. 10: Chlapci 41

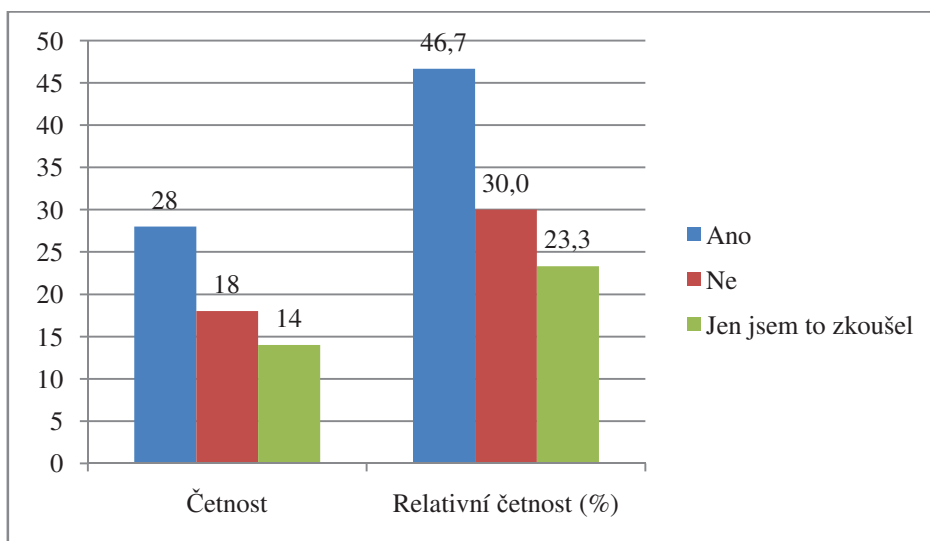


Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Podle grafu č. 10 se za kuřáka považuje 19 chlapců, 13 nekouří a 9 chlapců to jen zkoušelo.

Další údaje jsou opět bez rozlišení pohlaví.

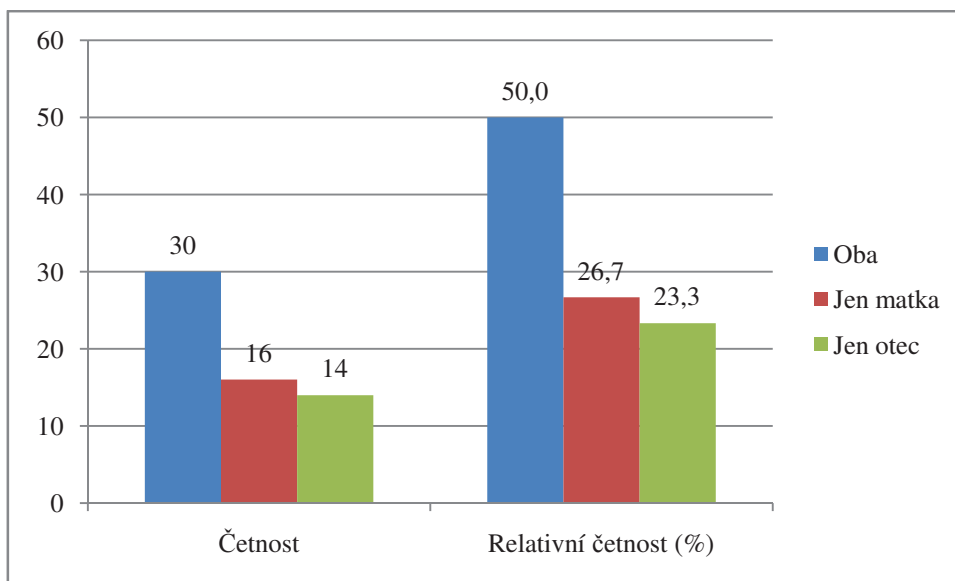
Graf č. 11: Kouříš?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 11 uvádí souhrnný počet kuřáků, nekuřáků a dětí, kteří kouřit jen zkoušeli. Vyplyvá z něj, že z 60 dětí kouří 46,7%, nekouří 30% a 23,3% to jen zkoušelo.

Graf č. 12: Kdo z rodičů kouří?

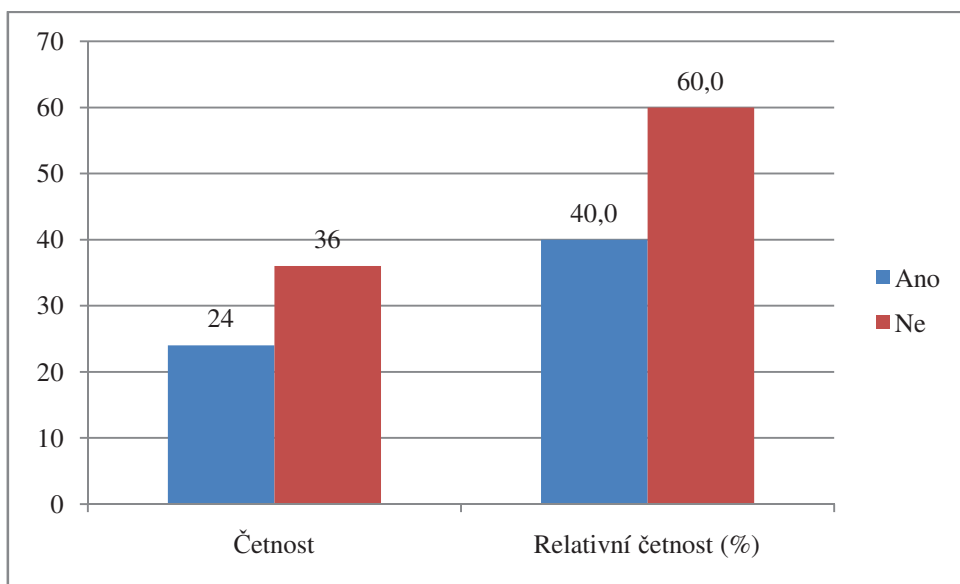


Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Z grafu č. 12 vyplývá, že ve 30 rodinách kouří oba rodiče, v 16 případech kouří jen matka a v 16 případech jen otec.

Z šetření je patrné, že matek kuřáček je více než otců kuřáků. Vysvětlení se nabízí několik, ale to nebylo předmětem průzkumu.

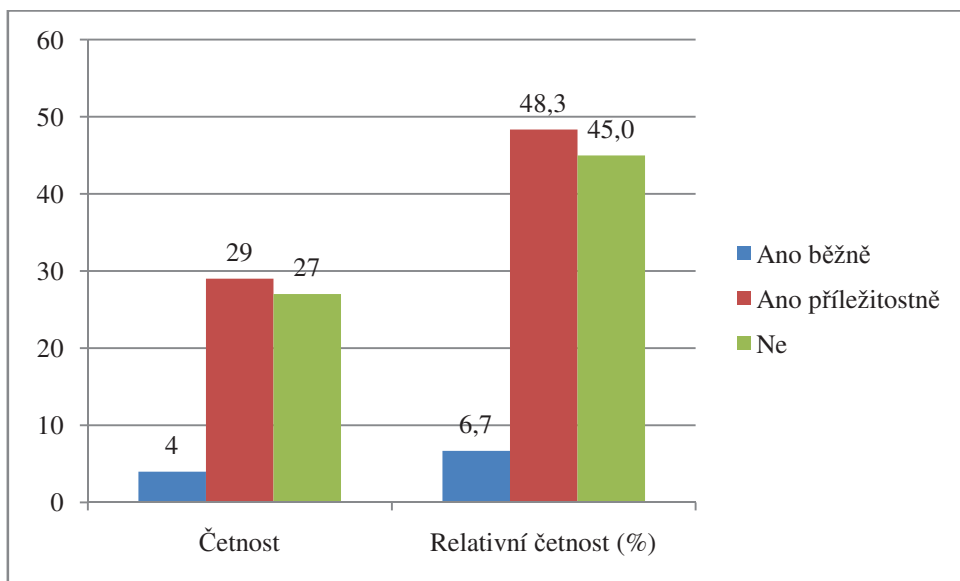
Graf č. 13: Kouří doma?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 13 uvádí, že ve 24 rodinách alespoň jeden z rodičů kouří doma.

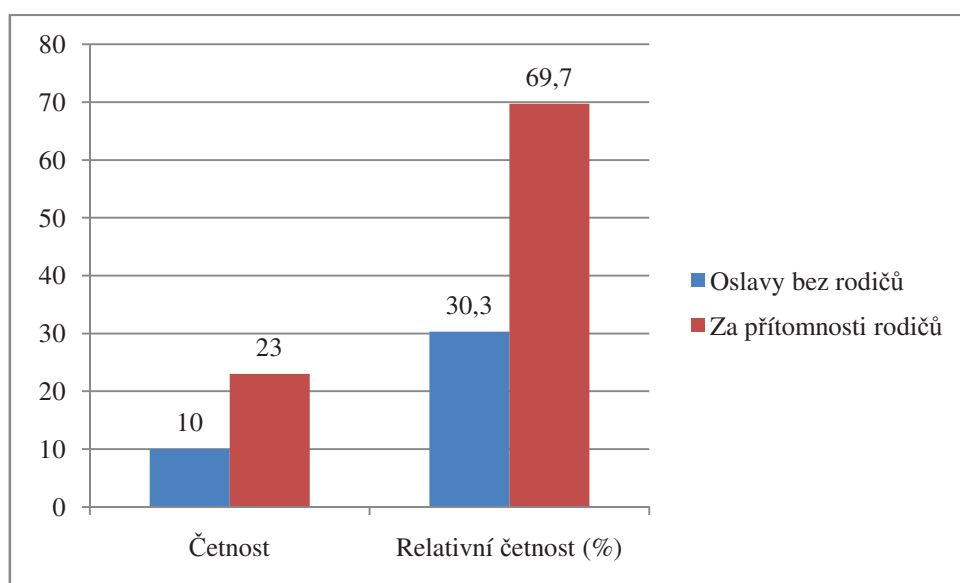
Graf č. 14: Pil jsi alkohol?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

V této kategorii pijí alkohol běžně 4 děti, 29 příležitostně a 27 alkohol nepije (graf č. 14).

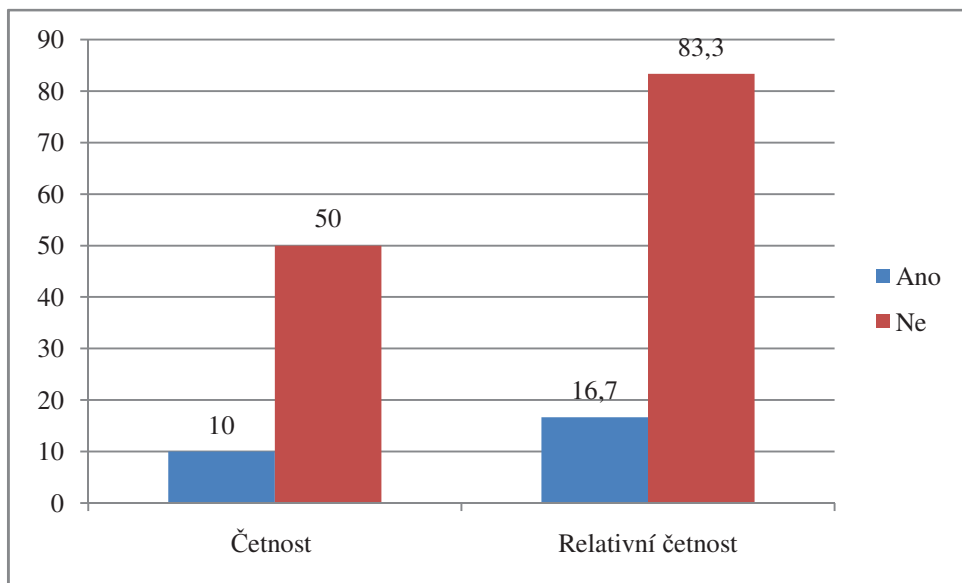
Graf č. 15: Jaká příležitost?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 15 uvádí, že 10 dětí pije alkohol bez přítomnosti rodičů a 23 dětí za přítomnosti rodičů.

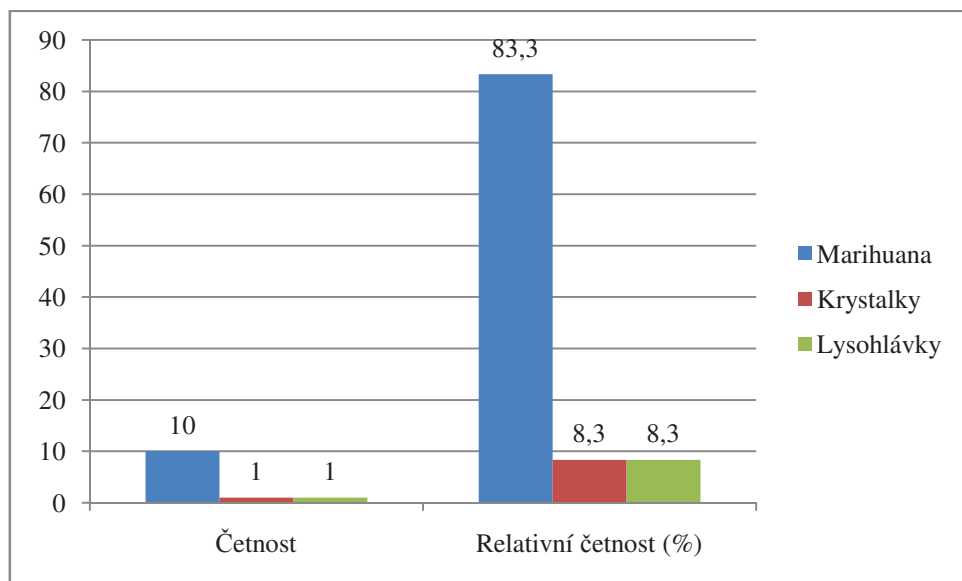
Graf č. 16: Zkoušel jsi jiné drogy?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Podle grafu č. 16 zkoušelo 10 dětí jiné drogy než je alkohol a tabák. 50 dětí zkušenost s jinou drogou nemá.

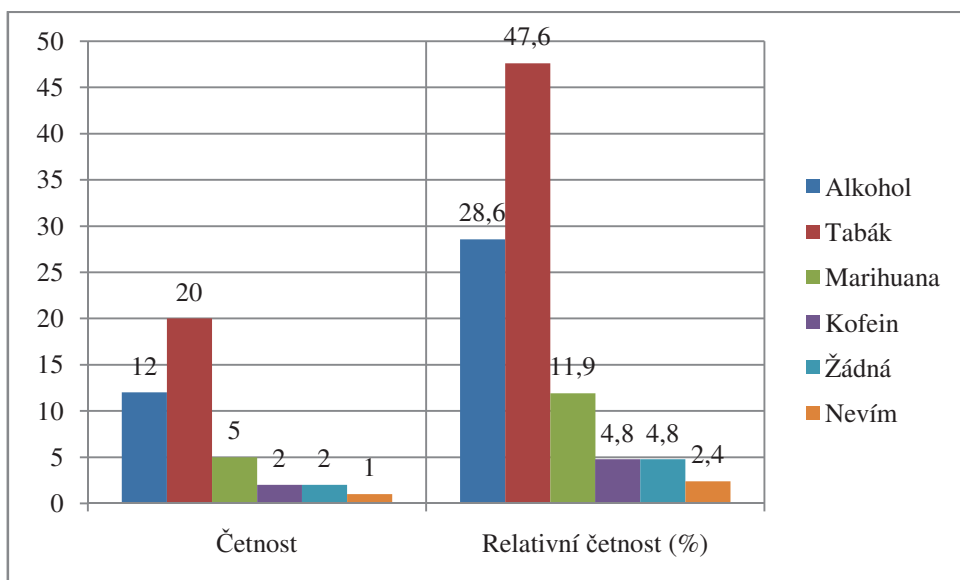
Graf č. 17: Jaké?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Na otázku: „Jaké“, potvrdilo 10 dětí zkušenost s marihuanou, 1 s krystalkami a 1 s lysohlávkami.

Graf č. 18: Jaká droga ti připadá jako nejmenší zlo?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Za nejmenší zlo považuje 12 dětí alkohol, 20 tabák, 5 marihuanu, 2 kofein, 2 žádnou drogu a 1 nedokázalo odpovědět.

Tabulka č. 1: Děti nezatížené kuřáckým rodinným prostředím (25 dětí)

Zkušenost s jinou drogou než je alkohol a tabák		
	Ano	Ne
Četnost	0	25
Relativní četnost (%)	0	100

Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Tabulka č. 2: Děti zatížené kuřáckým rodinným prostředím

Zkušenost s jinou drogou než je alkohol a tabák		
	Ano	Ne
Četnost	10	50
Relativní četnost (%)	16,7	83,3

Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

V kategorii **Rodinné prostředí - kuřácké** kouří 28 dětí, z toho 9 dívek a 19 chlapců. K experimentování s tabákem se přiznalo 14 dětí (graf č. 9, 10 a 11). Z 60 rodin kouří oba rodiče v 30 případech, jen matka v 16 a otec v 14 případech (graf č. 12). Z toho ve 24 případech kouří rodiče doma (graf č. 13).

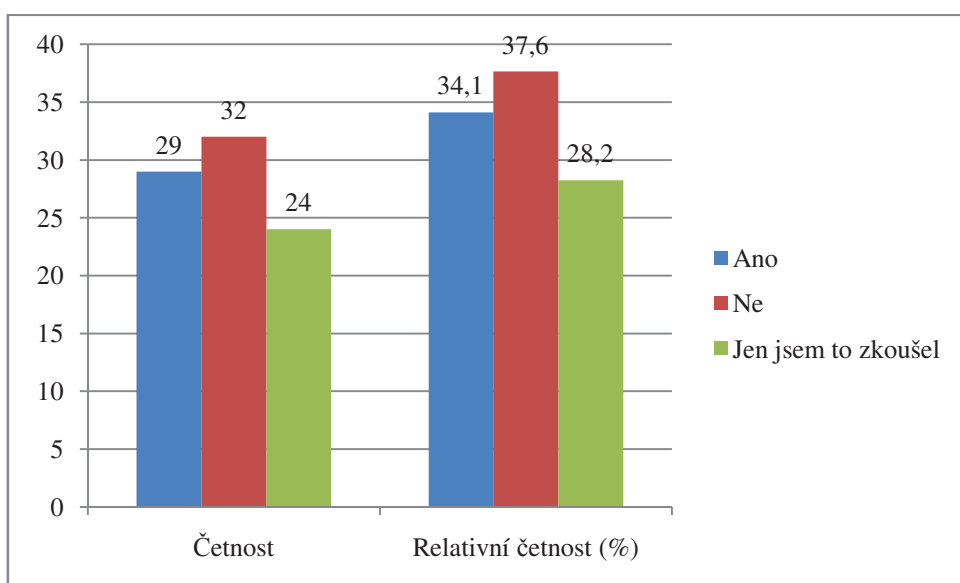
Alkohol běžně konzumují 4 děti, 29 příležitostně a 27 ho nepije (graf č. 14). Bez přítomnosti rodičů konzumuje alkohol 10 dětí a 23 v přítomnosti rodičů (graf č. 15). Experiment s jinými drogami přiznalo 10 dětí, 10 marihuana, 1 krystalky a 1 lysohlávky (graf č. 16 a 17). Z toho vyplývá, že některé děti zkoušely více druhů drog.

Podle výsledků uvedených v grafech č. 1 – 20 je zřejmé, že poměr v kategoriích Rodinné prostředí - kuřácké a Rodinné prostředí - nekuřácké je významně odlišný. V našem výzkumném vzorku se tedy potvrdilo (tabulka č. 1 a č. 2), že zátěž v rodinném prostředí má vliv na užívání drog u dětí.

Hypotéza č. 1 se potvrdila: Užití drogy (tabáku) u dětí je přímo závislé na zátěži v rodinném prostředí.

Hypotéza č. 2: U dětí je ohrožení tolerovanou drogou větší než drogou netolerovanou.

Graf č. 19: Kouříš?

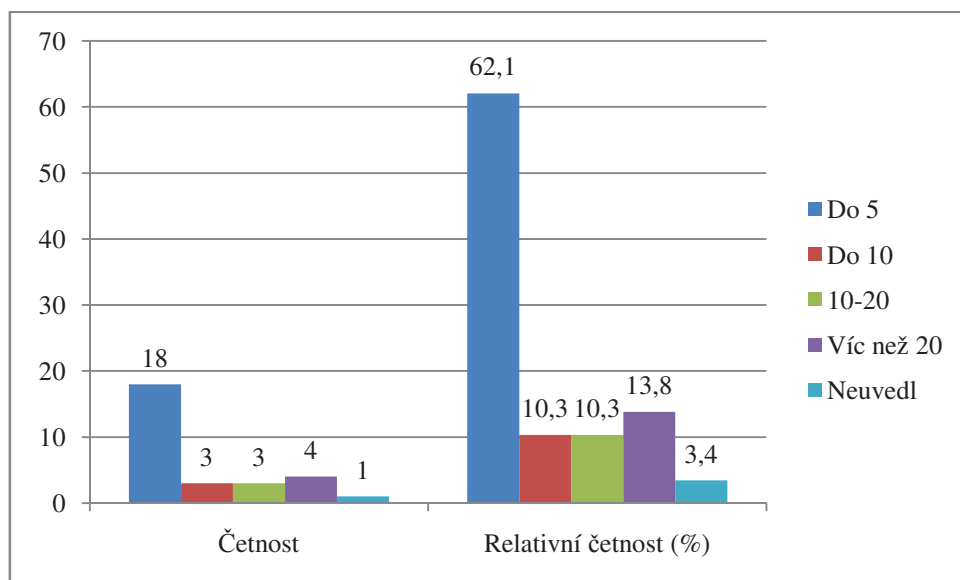


Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Z informací uvedených v grafu č. 21 vyplývá, že 29 dětí se považuje za kuřáky, 32 dětí nekouří a 24 dětí to jen zkoušelo. V kategorii Kuřáci je tedy zařazeno 29 dětí a v kategorii Nekuřáci 56 dětí.

Kuřáci 29

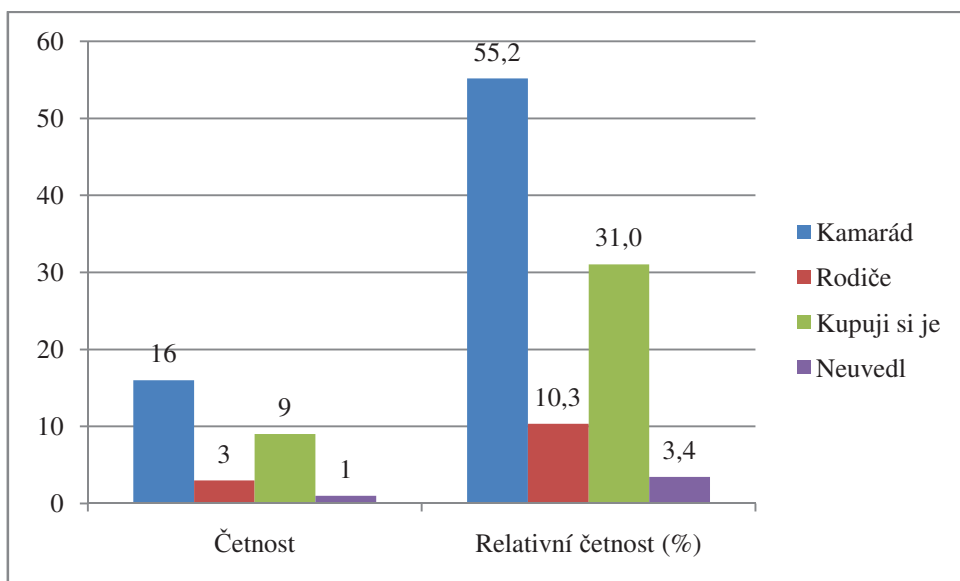
Graf č. 20: Kolik denně vykouříš cigaret?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

18 dětí se přiznalo, že denně vykouří nejvíce 5 cigaret, 3 děti nejméně 10 cigaret, 3 děti vykouří 10 – 20 cigaret a 4 děti nad 20 cigaret denně. Jeden žák počet neuvedl.

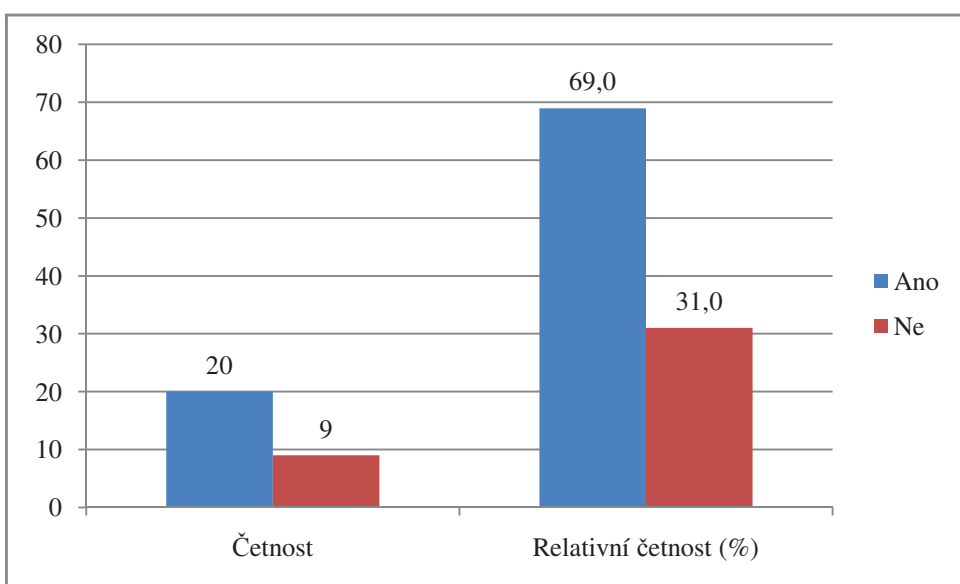
Graf č. 21: Od koho dostáváš cigarety nejčastěji?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Alarmující skutečností je, že 3 dětem dávají cigarety rodiče (graf č. 21). 16 dětí dostává cigarety od kamarádů, 9 dětí si je kupuje a jeden odpověď nevedl.

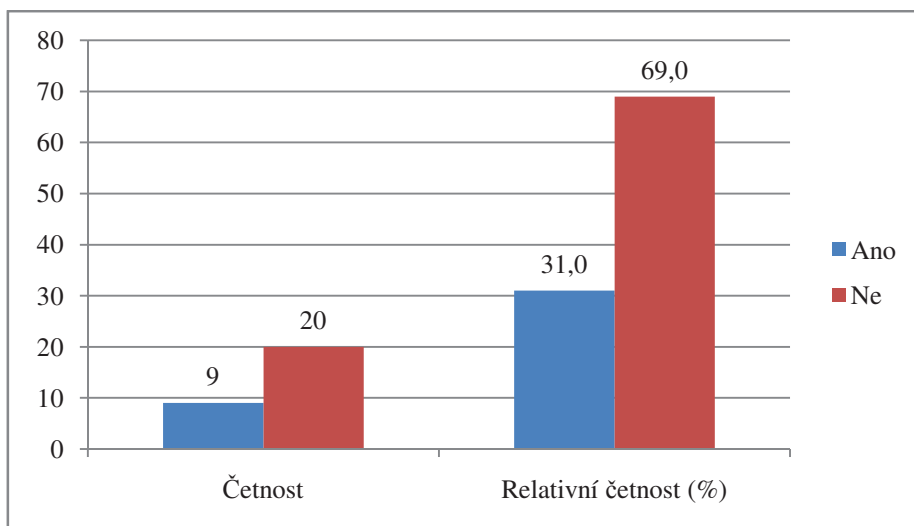
Graf č. 22: Ví rodiče o tom, že kouříš?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 22 znázorňuje, že alespoň jeden rodič 20 dětí ví o tom, že jeho dítě kouří. 9 dětí kouří tajně.

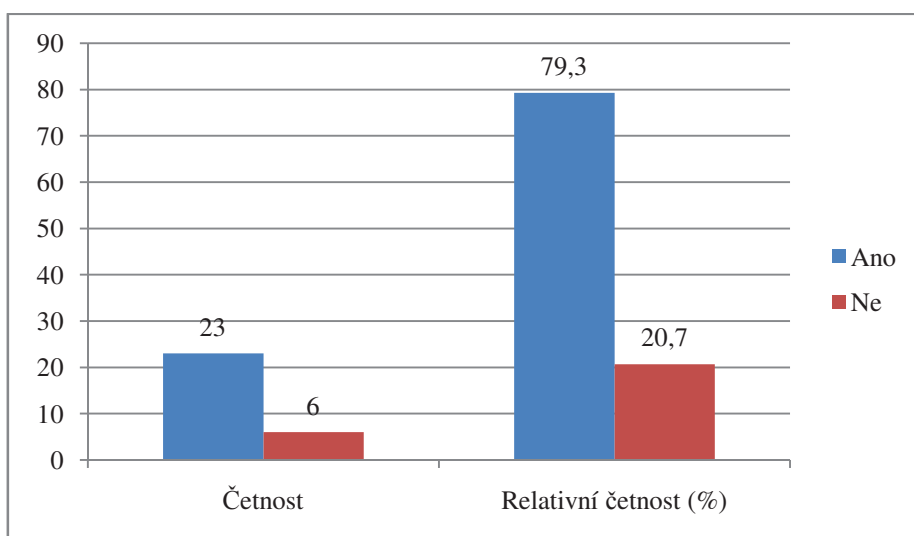
Graf č. 23: Kouříš před rodiči?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Z grafu č. 23 vyplývá, že 9 dětí kouří před rodiči. 20 dětí před ani jedním z rodičů nekouří.

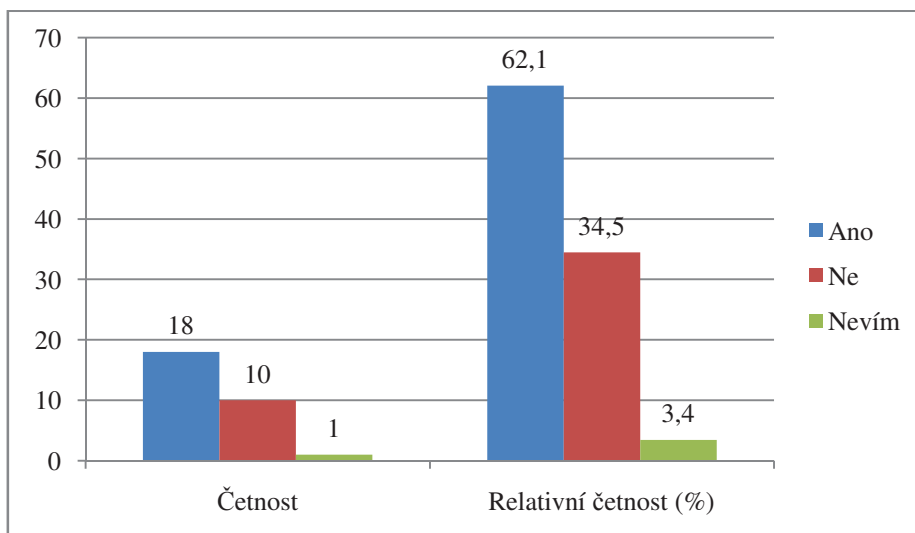
Graf č. 24: Kouříš ráno, než začne škola?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 24 znázorňuje, že 23 dětí si zapálí ráno ještě dřív, než začne škola.

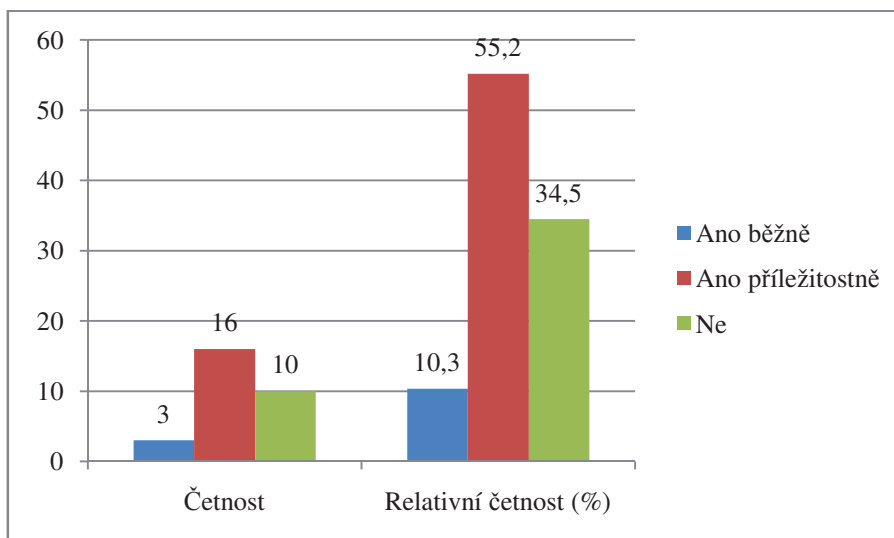
Graf č. 25: Prodají ti cigarety v obchodě?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

18 dětí uvádí, že si cigarety kupují samy v obchodě, kde jim je prodají přesto, že nejsou plnoletí (graf č. 25).

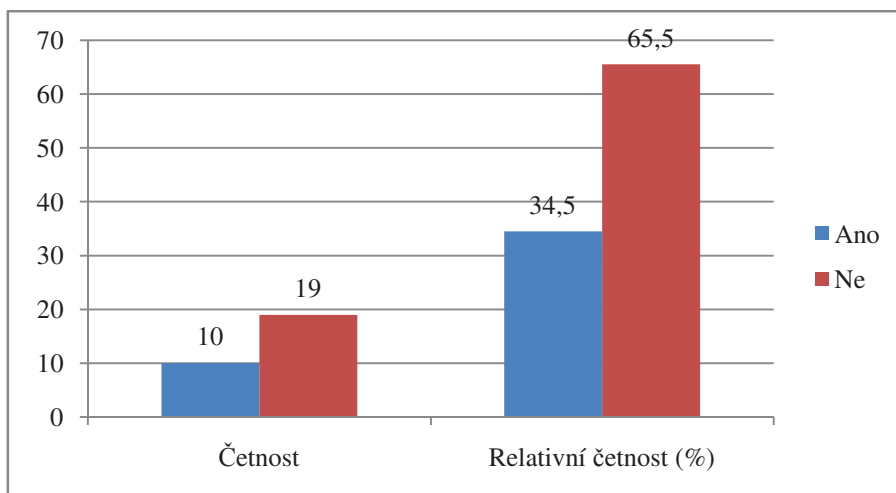
Graf č. 26: Pil jsi alkohol?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

3 kuřáci uvádějí (graf č. 26), že běžně pijí alkohol, 16 příležitostně a 10 alkohol nepije.

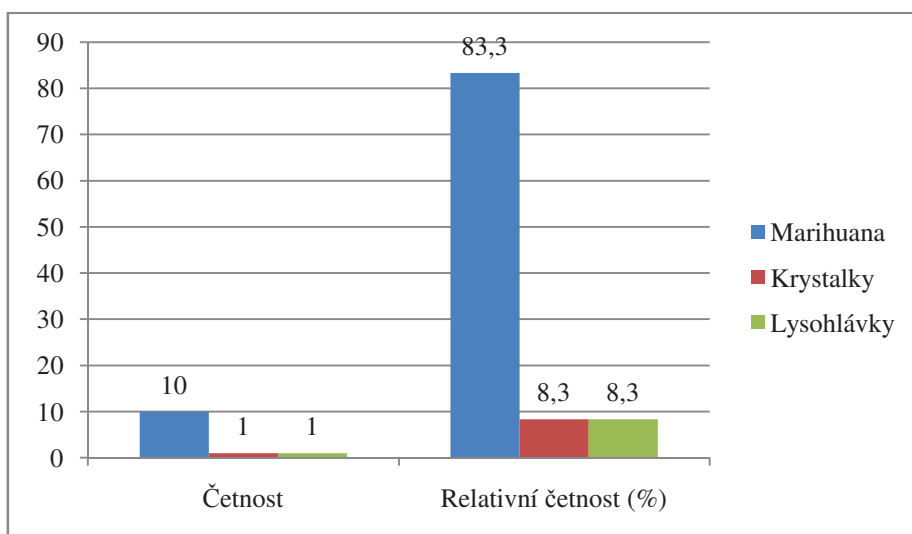
Graf č. 27: Zkoušel jsi jiné drogy?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

10 dětí z této kategorie má zkušenost s nelegální drogou, 19 dětí ji nemá (graf č. 27).

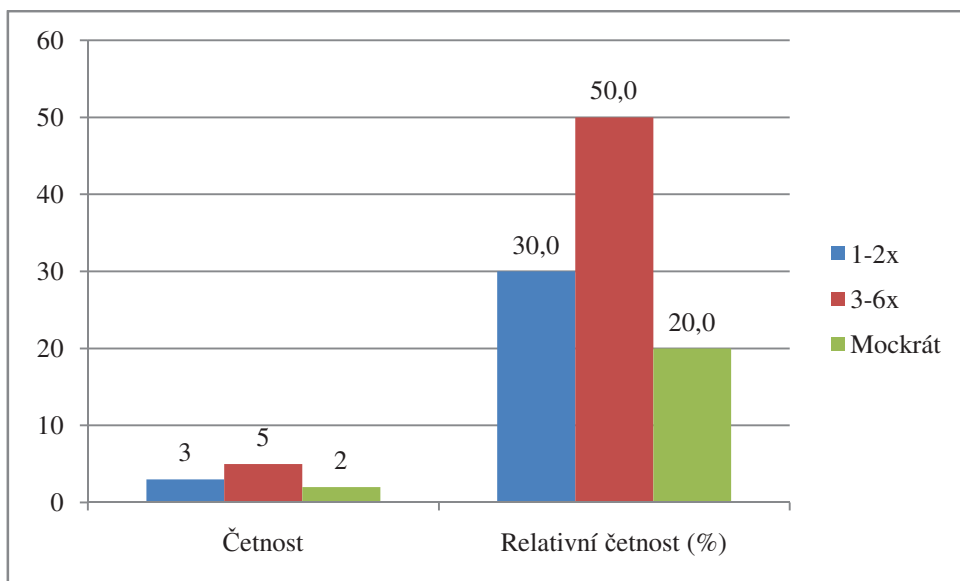
Graf č. 28: Jaké?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 27 uvedl, že 10 dětí má zkušenost s jinou drogou, než je alkohol a tabák. Graf č. 28 ukazuje, které drogy to jsou. 10 dětí vyzkoušelo marihuanu, 1 krystalky a 1 lysohlávky. Z dotazníků vyplynulo, že všechny tři drogy vyzkoušel jeden a tentýž žák.

Graf č. 29: Kolikrát?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Graf č. 29 ukazuje, kolikrát děti zkusily nelegální drogy. 3 uvedly, že 1 – 2 krát, 5 dětí 3 – 6 krát a 2 děti mockrát.

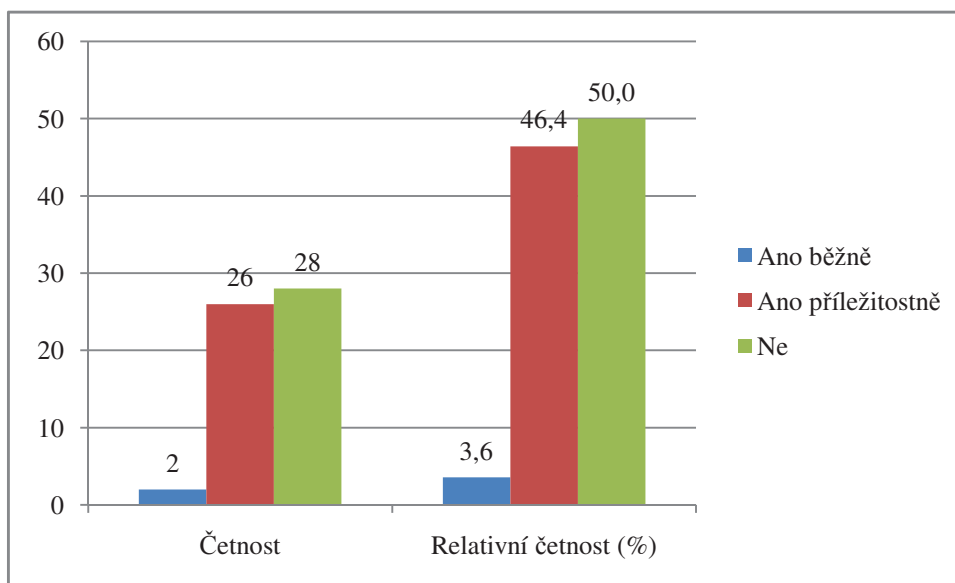
Pokud kuřák vykouří denně více než 20 cigaret, lze ho považovat za silného kuřáka. Tabák na mladý organismus v takovém množství má devastující účinek. Na otázku - Kolik denně vykouříš cigaret? - odpověděly 4 děti - více než 20 (graf č. 20). Tato skutečnost je alarmující. Další závažnou skutečností je, že 3 děti dostávají cigarety od rodičů (graf č. 21). Z grafu č. 22 vyplývá, že 20 rodičů, tedy velká většina, ví o kouření svých dětí. Dokonce 9 dětí kouří před rodiči (graf č. 23). Tyto zjištěné skutečnosti jsou důkazem toho, že rodiče nespátřují v závislosti na tabáku hrozbu pro svoje děti.

O závislosti na tabáku svědčí i to, že 23 dětí kouří hned, když jde ráno do školy (graf č. 24). Zákon zakazuje prodávat tabákové výrobky osobě mladší 18 let. Jeho porušování dokazuje graf č. 25.

Běžně konzumují alkohol 3 děti patřící do této kategorie. Příležitostnou zkušenost s ním přiznává dalších 16 dětí. 10 dětí alkohol nepije (graf č. 26). V kontaktu s nelegálními drogami bylo 10 dětí (graf č. 27), dokonce 7 dětí opakovaně (graf č. 29).

Nekuřáci 56

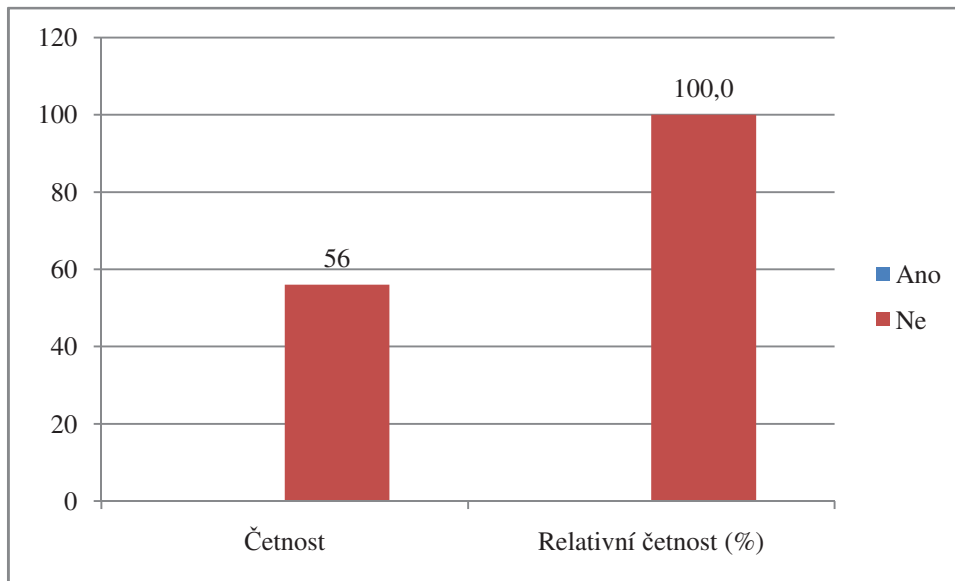
Graf č. 30: Pil jsi alkohol?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

V kategorii Nekuřáci, se 2 děti přiznaly, že běžně pijí alkohol (graf č. 30). 26 dětí pije alkohol příležitostně a 28 dětí ho nepije vůbec.

Graf č. 31: Zkoušel jsi jiné drogy?



Zdroj: autorka práce 2014 (vlastní šetření)

Příznivé je, že z dětí – nekuřáků nemá nikdo zkušenost s jinou drogou, než je alkohol a tabák (graf č. 31).

V našem výzkumném vzorku se tedy potvrdilo, že u dětí je ohrožení tolerovanou drogou větší než drogou netolerovanou.

Hypotéza č. 2 se potvrdila: U dětí je ohrožení tolerovanou drogou větší než drogou netolerovanou.

5. 6 Interpretace výsledků

Na základě výsledků znázorněných v grafech a tabulkách, které jsou součástí přílohy, lze konstatovat, že děti, které vyrůstají v rodinách zatížených zneužíváním návykové látky, se samy často stávají závislými na nějaké návykové látce. Hranice normy, která tvrdí, že normální je neužívat žádnou návykovou látku, je posunuta

k daleko větší toleranci k drogám, k toleranci vůči závislostnímu chování. Děti z rodin, kde zneužívání návykové látky není běžné, samy musí k závislosti ujit delší cestu. Taková rodina tedy nenabízí závislost na návykové látce jako normu.

Z dalších výsledků lze také konstatovat, že děti, které kouří, přijaly kouření jako normu, častěji experimentují s dalšími drogami. Některé jsou už z kategorie tvrdých drog. Nabízí se tedy tvrzení, že tolerované drogy usnadňují přístup k drogám netolerovaným. To, že dítě není závislé na tolerované droze, však není zárukou, že někdy nebude tvrdé drogy zneužívat. Musí ale ujit delší cestu, než dítě, které je již dnes závislé na tolerované droze.

ZÁVĚR

Moje magisterská práce se zabývá problematikou „tolerovaných“ drog alkoholu a kouření a zjištěním četnosti kouření u dětí ve věku 13 – 15 let na Základní škole Václavské náměstí ve Znojmě. Všímám si v ní vlivu rodinného prostředí při formování tohoto návyku. Statistika jednoznačně dokazuje, že děti z kuřáckých rodin propadají tomuto nešvaru více než z nekuřáckých. To platí i pro případ Dětského domova ve Znojmě, kam se dostává dítě většinou silně zanedbané, frustrované a poznamenané nezdravým životním stylem. O to je pak náročnější působení celého týmu vychovatelů a vychovatelek, aby se pokusil změnit dosavadní vývoj a orientoval ho správným směrem. V tomto procesu chci zdůraznit jeho komplexnost a jednotnost ze strany všech pracovníků. Svoji roli sehrává i lehká mentální retardace u části dětí, se kterými pracuji, neboť si hůře uvědomují rizika a možné následky na zdraví.

Několikrát jsem se zamýšlela i nad otázkou terapie, když selhávají tradiční formy prevence. Terapie však může nastoupit na základě dobrovolného a svobodného rozhodnutí, ale s tím jsem se zatím ve své praxi nesetkala. Silným motivačním faktorem by se mohla stát v poslední době značně preferovaná finanční gramotnost a s ní spojená schopnost naučit se účelně hospodařit s peněžními prostředky. Vědomí vysokých nákladů na alkohol a kouření je zřejmé všem a mělo by se stát hnacím motorem při startu do života, kdy postupné zbavování těchto návyků může vést ke zlepšení finanční bilance. Dosažení i drobných dílčích úspěchů je velmi pozitivní, nemusí však ale mít trvalou platnost. Po odchodu z dětského domova už nemáme možnost na našeho bývalého svěřence působit, snad jenom příležitostně při jeho případných návštěvách. Jeho vývoj v nastávajícím životě ovlivňuje nové prostředí, partner, finanční situace a celá řada dalších faktorů. Změní se, nebo při řešení složitých životních situací neobstojí a začne hledat východisko v alkoholu, kouření či dokonce v tvrdých drogách?

Moje práce nemůže mít jednoznačné závěry a doporučení. Stále se hledají způsoby, jak co nejúčinněji pomáhat dětem a mladým lidem při jejich cestě životem. Životem bez drogové závislosti, harmonickým a přinášejícím spokojenost jim i jiným.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÉM P. a K. KALINA. *Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy*. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
2. BROŽA, J. *Děti a mladiství*. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*: 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
3. JANÍK, A. a K. DUŠEK. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3
4. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
6. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
7. KUDRLE, S. *Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci*. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
8. KRÁLÍKOVÁ, E. *Tabák a závislost na tabáku*. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
9. KUDRLE, S. *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
10. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-005-90
11. MINAŘÍK, J. *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In: KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*: 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
12. NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag, 1999

13. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X
14. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-515-6
15. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9
16. NOVÁK, M. *O kouření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. ISBN 08-060-80
17. POPOV, P. *Alkohol*. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

Internetové zdroje:

1. GABRHELÍK, R. *Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD)*. [online]. © 10. 12. 2007 [cit. 28. 8. 2013]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/241/1189/Fetalni-alkoholovy-syndrom-FAS-a-spektrum-vrozenych-alkoholovych-poruch-FASD->
2. HULÍK, M. *Marihuana neškodí*. [online]. © 2003 – 2013 [cit. 1. 11. 2013]. Dostupné z <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/myty-o-drogach/marihuana-nes>
3. PAŘÍZEK, V. *Výroční zpráva o činnostech základní školy ve školním roce 2012/2013* [online]. © 11. 9. 2013 [cit. 30. 1. 2014]. Dostupné z <http://www.zsvaclavskenam.cz/>
4. PAVLOVSKÁ, A. *Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence, FTND)*. [online]. © 23. 2. 2011 [cit. 19. 10. 2013]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2734/Fagerstromuv-test-nikotinove-zavislosti-Fagerstrom-Test-of-Nicotine-Dependence-FTND->
5. RAČANSKÁ, E. *Kouření v těhotenství*. [online]. © neuveden [cit. 11. 9. 2013]. Dostupné z <http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/koureni-v-tehotenstvi>
6. RADIMECKÝ, J. *Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby: souvislost mezi rodinnými vztahy a ranou deprivací na užívání drog*. [online]. © 8. 3. 2006 [cit. 30. 10. 2013]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/294/Zapojeni-blizkych-osob->

[uzivatelu-drog-do-procesu-lecby-souvislost-mezi-rodinnymi-vztahy-a-ranou-deprivaci-na-uzivani-drog](#)

7. ŠEJVL, J. *Drogy a zákon: Dekreta Břetislavova (1039)*. [online]. © 3. 12. 2006 [cit. 27. 8. 2013]. Dostupné z:
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/68/821/>
8. VONDRÁČKOVÁ, P. *Adiktologické poradenství v systému adiktologických služeb*. [online]. © 28. 3. 2013 [cit. 12. 10. 2013]. Dostupné z
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/4156/Adiktologicke-poradenstvi-v-systemu-adiktologickych-sluzeb>
9. VONDRÁČKOVÁ, P. *Behaviorální závislosti v kontextu klasifikace duševních poruch*. [online]. © 19. 12. 2012 [cit. 28. 8. 2013]. Dostupné z
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3812/Behavioralni-zavislosti-v-k>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Fagerströmův test nikotinové závislosti.....	I
Příloha B – Test na alkoholismus s vyhodnocením – CAGA TEST	III
Příloha C – Komplexní test konzumace alkoholu	IV
Příloha D – Dotazník	X
Příloha E – Tabulky ke grafům.....	XII

Příloha A

Fagerströmův test nikotinové závislosti

1) Jak brzy po probuzení si zapálíte první cigaretu?

- do 5 minut (3 body)
- za 6–30 minut (2 body)
- za 31–60 minut (1 bod)
- po 60 minutách (0 bodů)

2) Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

3) Které cigarety byste se nejméně rád vzdal?

- první ráno (1 bod)
- kterékoli jiné (0 bodů)

3) Kolik cigaret denně kouříte?

- 0–10 (0 bodů)
- 11–20 (1 bod)
- 21–30 (2 body)
- 31 a více (3 body)

5) Kouříte víc během dopoledne?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

6) Kouříte i během nemoci, když musíte ležet v posteli?

- ano (1 bod)
- ne (0 bodů)

Součet bodů:

- 0–1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu
- 2–4 střední
- 5–10 silná závislost na nikotinu

Příloha B

Test na alkoholismus s vyhodnocením – CAGE

TEST

Vyhodnocení testu je napsáno na konci. U všech testů alkoholové závislosti platí, že musí být odpovězeny podle pravdy, jinak nemají smysl - nelžete sami sobě.

1) Cítil/a jste někdy potřebu své pití snížit?

2) Dráždila Vás někdy kritika vašeho pití?

3) Měl/a jste kvůli pití pocity viny?

4) Pil/a jste někdy po ránu, abyste se probrala?

Vyhodnocení:

- 3 a 4 kladné odpovědi znamenají vysokou míru pravděpodobnosti, že je člověk na alkoholu závislý.
- 2 kladné odpovědi znamenají podezření, že by se o závislost mohlo jednat.
- 1 kladná odpověď může být podnětem pro další lékařská vyšetření.

Příloha C

Komplexní test konzumace alkoholu

V testu se používá pojem “*standardní sklenice*“. Tou se rozumí v této verzi dotazníku půl litru 12° piva, 2dcl vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák). Pro přepočet množství alkoholu na “standardní sklenice“ můžete použít náš [kalkulátor](#) (pro použití online)

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje včetně piva?

Nikdy

Jednou měsíčně nebo méně často

Dva až čtyřikrát měsíčně

Dva až třikrát týdně

Čtyřikrát nebo vícekrát týdně

2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet standardních sklenic alkoholického nápoje) Pro přepočet množství alkoholu na standardní sklenice použijte [kalkulátor](#) (pro použití online)

Nejvýše 1,5

2-2,5

3-4

4,5-5

6 a více

3. Jak často vypijete 4 nebo více standardních sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

Nikdy

Méně než jednou za měsíc

Každý měsíc

Každý týden

Denně nebo téměř denně

4. Jak často jste během posledních 12 měsíců zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?

Nikdy

Méně než jednou za měsíc

Každý měsíc

Každý týden

Denně nebo téměř denně

5. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?

Nikdy

Méně než jednou za měsíc

Každý měsíc

Každý týden

Denně nebo téměř denně

6. Jak často jste se během posledních 12 měsíců potřeboval/a hned ráno napít, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití předešlý den?

Nikdy

Méně než jednou za měsíc

Každý měsíc

Každý týden

Denně nebo téměř denně

7. Jak často jste během posledních 12 měsíců měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?

Nikdy

Méně než jednou za měsíc

Každý měsíc

Každý týden

Denně nebo téměř denně

8. Jak často jste během posledních 12 měsíců nebyl/a schopen/schopna si vzpomenout, co se dělo předchozí večer, protože jste pil/a?

Nikdy

Méně než jednou za měsíc

Každý měsíc

Každý týden

Denně nebo téměř denně

9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?

Ne

Ano, ale ne v posledním roce

Ano, během posledního roku

10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel, lékař nebo sociální pracovník výhrady kvůli vašemu pití nebo vám doporučoval pití omezit nebo s pitím přestat?

Ne

Ano, ale ne v posledním roce

Ano, během posledního roku

11. Kalendář pro pravidelné uživatele alkoholu

Určete prosím počet alkoholických nápojů, které vypijete během typického týdne. Do tabulky pak vepište ke každému dni v týdnu počet vypitých alkoholických nápojů. Tím máme opět na mysli počet tzv. „standardních sklenic“, což znamená: půl litru 12° piva, 2 „deci“ vína nebo 0,05 l destilátu (velký panák).

Pro přepočítání množství alkoholu na standardní sklenice použijte [kalkulátor](#) (pro použití online)

Liší-li se výrazně vaše konzumace alkoholických nápojů během jednotlivých týdnů, v měsíci, můžete raději obdobným způsobem vyplnit [měsíční kalendář](#).

Po Út St Čt Pá So Ne

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

12. Kolik alkoholických nápojů jste vypil/a během poslední konzumace alkoholu?

Počet standardních sklenic:

13. Pociťoval/a jste někdy během posledních 12 měsíců, že má vaše pití alkoholu nepříznivý vliv na vaše přátelské vztahy nebo na váš společenský život?

Ne

Ano

14. Pociťoval/a jste někdy během posledních 12 měsíců, že má vaše pití alkoholu nepříznivý vliv na vaše psychické zdraví?

Ne

Ano

15. Pociťoval/a jste někdy během posledních 12 měsíců, že má vaše pití alkoholu nepříznivý vliv na váš přístup k životu a vyhlídky do budoucna (na vaše štěstí)?

Ne

Ano

16. Pociťoval/a jste někdy během posledních 12 měsíců, že má vaše pití alkoholu nepříznivý vliv na vaši domácí pohodu nebo manželství (partnerský vztah)?

Ne

Ano

17. Pociťoval/a jste někdy během posledních 12 měsíců, že má vaše pití alkoholu nepříznivý vliv na vaše zaměstnání, studia nebo na vaše pracovní příležitosti?

Ne

Ano

18. Pociťoval/a jste někdy během posledních 12 měsíců, že má vaše pití alkoholu nepříznivý vliv na vaši finanční situaci?

Ne

Ano

Nyní prosím uveďte něco málo o sobě, je to nezbytné pro vyhodnocení vašeho testu.

19. Kolik je vám let?

20. Jste muž nebo žena?

Muž

Žena

21. Jaká je vaše hmotnost? (kg)

22. Alkohol pijete většinou:

Doma

V restauracích

Ve stejné míře doma i v restauracích

Vyhodnocení je pouze online.

Příloha D – Dotazník

Diplová práce, Anita Tučková, UJAK Praha – Závostlostní chování a „tolerované“ drogy alkohol a tabák

1. Věk..... žena muž
2. Kolik máš sourozenců?.....
3. Kouříš? ano kolik denně?..... ne jen jsem to zkoušel
4. Kouří sourozenci? ano ne
5. Kouří rodiče? oba jen matka jen otec
6. Kouří doma? ano ne
7. Od koho dostáváš cigarety nejčastěji? kamarád rodiče kupuji si je
8. Ví rodiče o tom, že kouříš? ano ne
9. Kouříš před rodiči? ano ne
10. Kouříš ráno, ještě než začne škola? ano ne
11. Kolik cigaret denně vykouříš?.....
12. Prodají ti cigarety v obchodě? ano ne
13. Pil jsi alkohol? ano běžně ano příležitostně ne
jaká příležitost.....

14. Pil jsi alkohol s rodiči? ano ne jen s
kamarády

15. Zkoušel jsi i jiné drogy? ano
jaké?..... ne

16. Kolikrát?

17. Která droga ti připadá jako nejmenší zlo? alkohol tabák marihuana
jiná

(jaká).....

Děkuji za vyplnění

Příloha E – Tabulky ke grafům

Tabulka ke grafu č. 1

	Oba	Jen matka	Jen otec	Ne
Četnost	30	16	14	25
Relativní četnost (%)	35,3	18,8	16,5	29,4

Tabulka ke grafu č. 2

	Kouří	Nekouří	Jen to zkoušel
Četnost	0	7	2
Relativní četnost (%)	0	77,8	22,2

Tabulka ke grafu č. 3

	Kouří	Nekouří	Jen to zkoušel
Četnost	1	7	8
Relativní četnost (%)	6,3	43,8	50,0

Tabulka ke grafu č. 4

	Ano	Ne	Jen jsem to zkoušel
Četnost	1	14	10
Relativní četnost (%)	4,0	56,0	40,0

Tabulka ke grafu č. 5

	Ano běžně	Ano příležitostně	Ne
Četnost	1	13	11
Relativní četnost (%)	4,0	52,0	44,0

Tabulka ke grafu č. 6

	Oslavy bez rodičů	Za přítomnosti rodičů
Četnost	3	11
Relativní četnost (%)	21,4	78,6

Tabulka ke grafu č. 7

	Ano	Ne
Četnost	0	25
Relativní četnost (%)	0	100

Tabulka ke grafu č. 8

	Alkohol	Tabák	Marihuana	Žádná	Nevím
Četnost	6	7	2	8	2
Relativní četnost (%)	24,0	28,0	8,0	32,0	8,0

Tabulka ke grafu č. 9

	Kouří	Nekouří	Jen to zkoušela
Četnost	9	5	5
Relativní četnost (%)	47,4	26,3	26,3

Tabulka ke grafu č. 10

	Kouří	Nekouří	Jen to zkoušel
Četnost	19	13	9
Relativní četnost (%)	46,3	31,7	22,0

Tabulka ke grafu č. 11

	Ano	Ne	Jen to zkoušel
Četnost	28	18	14
Relativní četnost (%)	46,7	30,0	23,3

Tabulka ke grafu č. 12

	Oba	Jen matka	Jen otec
Četnost	30	16	14
Relativní četnost (%)	50,0	26,7	23,3

Tabulka ke grafu č. 13

	Ano	Ne
Četnost	24	36
Relativní četnost (%)	40,0	60,0

Tabulka ke grafu č. 14

	Oba	Jen matka	Jen otec
Četnost	4	29	27
Relativní četnost (%)	6,7	48,3	45,0

Tabulka ke grafu č. 15

	Oslavy bez rodičů	Za přítomnosti rodičů
Četnost	10	23
Relativní četnost (%)	30,0	69,7

Tabulka ke grafu č. 18

	Ano	Ne
Četnost	10	50
Relativní četnost (%)	16,7	83,3

Tabulka ke grafu č. 19

	Marihuana	Krystalky	Lysohlávky
Četnost	10	1	1
Relativní četnost (%)	83,3	8,3	8,3

Tabulka ke grafu č. 20

	Alkohol	Tabák	Marihuana	Kofein	Žádná	Nevím
Četnost	12	20	5	2	2	1
Relativní četnost (%)	28,6	47,6	11,9	4,8	4,8	2,4

Tabulka ke grafu č. 21

	Ano	Ne	Jen jsem to zkoušel
Četnost	29	32	24
Relativní četnost (%)	34,1	37,6	28,2

Tabulka ke grafu č. 22

	Do 5	Do 10	10-20	Víc než 20	Neuvedl
Četnost	18	3	3	4	1
Relativní četnost (%)	62,1	10,3	10,3	13,8	3,4

Tabulka ke grafu č. 23

	Kamarád	Rodiče	Kupuji si je	Neuvedl
Četnost	16	3	9	1
Relativní četnost (%)	55,2	10,3	31,0	3,4

Tabulka ke grafu č. 24

	Ano	Ne
Četnost	20	9
Relativní četnost (%)	59,0	31,0

Tabulka ke grafu č. 25

	Ano	Ne
Četnost	9	20
Relativní četnost (%)	31,0	69,0

Tabulka ke grafu č. 26

	Ano	Ne
Četnost	23	6
Relativní četnost (%)	79,3	20,7

Tabulka ke grafu č. 27

	Ano	Ne	Nevím
Četnost	18	10	1
Relativní četnost (%)	62,1	34,5	3,4

Tabulka ke grafu č. 28

	Ano běžně	Ano příležitostně	Ne
Četnost	3	16	10
Relativní četnost (%)	10,3	55,2	34,5

Tabulka ke grafu č. 29

	Ano	Ne
Četnost	10	19
Relativní četnost (%)	34,5	65,5

Tabulka ke grafu č. 30

	Marihuana	Krystalky	Lysohlávky
Četnost	10	1	1
Relativní četnost (%)	83,3	8,3	8,3

Tabulka ke grafu č. 31

	1-2x	3-6x	Mockrát
Četnost	3	5	2
Relativní četnost (%)	30,0	50,0	20,0

Tabulka ke grafu č. 32

	Ano běžně	Ano příležitostně	Ne
Četnost	2	26	28
Relativní četnost (%)	3,6	46,4	50,0

Tabulka ke grafu č. 33

	Ano	Ne
Četnost	0	56
Relativní četnost (%)	0	100

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Anita Tučková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Závislostní chování a „tolerované“ drogy alkohol a tabák

Rok: 2014

Počet stran textu: 71

Celkový počet stran příloh: 16

Počet titulů českých použitých zdrojů: 17

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 9

Vedoucí práce: PaedDr. Jan Toman