

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

**Užívání alkoholu, tabáku a marihuany na druhém stupni základní
školy**

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Matušková
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Kristýna Matušková
Studium:	P131046
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Užívání alkoholu, tabáku a marihuany na druhém stupni základní školy
Název bakalářské práce AJ:	The use of alcohol, tobacco and marijuana on the second level of primary school

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce pojednává o problematice užívání návykových látek dětmi a snaží se nastínit příčiny vedoucí k tomuto rizikovému chování. Zabývá se drogami a jejich účinky, přičemž se nejvíce zaměřuje na alkohol, tabák a marihuanu. Výzkumná část práce se snaží postihnout zkušenosti dětí s drogami. Interpretuje data, která byla zjištěna pomocí dotazníku zadaného na vybraných základních školách, a na jejich základě vyvozuje závěr.

HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 133 s. ISBN 80-247-0135-9. PRESL, Jiří. Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?. Praha: Maxdorf, 1994, 87 s. ISBN 80-85800-18-7. DUPAL, Libor. Kniha o marihuaně. Vyd. 2. Praha: Mat'a, 2004, 135 s. ISBN 80-7287-082-3. KUBÁNEK, Vladimír. Tabák a tabákové výrobky: (historie, pěstování, zpracování, legislativa). V Tribuně EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2009, 160 s. ISBN 978-80-7399-898-1.

Garantující pracoviště: Katedra sociální patologie a sociologie,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: prof. PhDr. Blahoslav Kraus, CSc.

Oponent: Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 12.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 1. 12. 2016

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu prof. PhDr. Blahoslavu Krausovi, CSc. za ochotu a cenné rady při vedení mé bakalářské práce.

Anotace

MATUŠKOVÁ, Kristýna. *Užívání alkoholu, tabáku a marihuany na druhém stupni základní školy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 49 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou užívání alkoholu, tabáku a marihuany dětmi, přičemž se soustřeďuje na druhý stupeň základních škol. Teoretická část pojednává o drogách a jejich rozdělení. Zaměřuje se na problém alkoholu, tabákových výrobků a marihuany a popisuje historii, aplikaci, účinky a rizika těchto drog. Dále se snaží postihnout příčiny vedoucí k užívání návykových látek dětmi, příznaky jejich užívání a věnuje se prevenci a odvykání. Empirická část práce zahrnuje výzkum provedený na druhém stupni vybraných základních škol. Zpracovává zkušenosti žáků s návykovými látkami a interpretuje výsledky výzkumu.

Klíčová slova: droga, dítě, dospívající, základní škola.

Annotation

Matušková, Kristýna. *The use of alcohol, tobacco and marijuana on the second level of primary school*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 49 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor thesis deals with the issue of the use of alcohol, tobacco and marijuana by children, focusing on the second level of primary school. The theoretical part describes drugs and their division. It focuses on the issue of alcohol, tobacco products and marijuana and their history, application, effects and their risks. It also tries to analyze the causes which lead to the use of addictive substances by children, the symptoms of drug use and it also addresses the prevention and addiction treatment. The empirical part of the thesis includes research which was conducted on the second level of selected primary schools. It processes experience of pupils with drugs and it interprets the results of the research.

Keywords: drug, child, adolescent, primary school.

Obsah

Úvod	8
1 Návykové látky.....	9
1.1 Alkohol	13
1.2 Tabák.....	17
1.3 Marihuana.....	20
2 Užívání návykových látek dětmi	24
2.1 Příčiny	24
2.2 Fáze závislosti	26
2.3 Příznaky.....	27
2.4 Prevence a léčba	28
3 Průzkum užívání alkoholu, tabáku a marihuany na druhém stupni základní školy	32
3.1 Projekt průzkumu	33
3.2 Interpretace výsledků	34
Závěr	45
Seznam použité literatury a dalších zdrojů	46
Seznam příloh.....	49

Úvod

Drogy byly, jsou a budou vždy součástí lidského života. Ve starověku byly omamné a psychotropní látky užívány převážně k náboženským a tradičním rituálům nebo léčebným účelům. Jednalo se o látky čistě přírodní a na průběh jejich účinků vždy dohlížel šaman či další osoby mající zkušenosti s těmito látkami. Problémové užívání drog a závislost na nich se v této době neřešilo, jejich podávání bylo součástí dané kultury. Potíže nastaly ve chvíli, kdy člověk začal psychoaktivní látky užívat soukromě, kvůli svým vlastním potřebám a zájmům za účelem potěšení, povzbuzení, radosti. Rozvinutím chemického a farmaceutického průmyslu se drogy začaly vyrábět ve velkém měřítku. Rychle se ve společnosti rozšířily a za vidinou snadno vydělaných velkých peněz se staly součástí světa nelegálního obchodu.

Užívání návykových látek a závislost na nich je závažným společenským problémem. Ohroženou skupinou uživatelů drog jsou především děti a dospívající jedinci, kteří v tomto období prochází mnoha změnami jak tělesnými, tak duševními. Z tohoto důvodu jsem si problematiku užívání drog dětmi vybrala jako téma mé bakalářské práce. Zaměřila jsem se na děti chodící na druhý stupeň základních škol, kteří jsou, dle mého názoru, nejrizikovější věkovou skupinou, kdy člověk začíná experimentovat s drogami. Z drog se nejvíce zabývám alkoholem, tabákem a marihuanou, protože si myslím, že těmito drogami jsou děti v dnešní době ohrožené nejvíce, a zajímá mě, jaké zkušenosti již s nimi mají.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje dvě kapitoly. První kapitola pojednává všeobecně o návykových látkách, nejvíce se zaměřuje na hlavní látky práce, čili na alkohol, tabák a marihuanu. Druhá kapitola se snaží nastínit příčiny vedoucí k užívání návykových látek dětmi, popisuje fáze závislosti, příznaky užívání drog a oblast prevence a léčby.

Třetí kapitolou této práce je empirické šetření. Tento průzkum byl proveden formou dotazníků zadaných na druhém stupni dvou vybraných základních škol v Hradci Králové, a to na Základní škole Pouchov a na Základní škole Úprkova. Průzkum zpracovává zkušenosti žáků s návykovými látkami a interpretuje zjištěná data.

1 Návykové látky

Návykové látky jsou látky přírodního nebo syntetického charakteru, které působí na centrální nervovou soustavu. Dokážou změnit funkce mozku a způsobit tak pozmeněné vnímání či vědomí, navodit jinou náladu a ovlivnit chování člověka. A protože změna, jež psychoaktivní droga dokáže vyvolat, je většinou příjemná a chtěná, obvykle vede k častějšímu užívání, které většinou končí závislostí.

V důsledku závislosti člověk ztrácí kontrolu nad vlastním životem a zvyšuje se u něho pravděpodobnost kriminálního jednání. Kromě rizika závislosti hrozí vždy možnost poškození tělesného a duševního stavu. Uživatel drog se vystavuje riziku nákazy virem HIV nebo zhoršení svého zdravotního stavu. Velmi nebezpečné je drogy navzájem míchat, protože vedlejší účinky by mohly být mnohem silnější. Člověk si také nikdy nemůže být jistý, jaké látky přesně konkrétní droga obsahuje, jak na něho bude účinkovat a tím pádem může snadno dojít k předávkování. Rizikem je také tzv. „flashback“, neboli stav, jako by byl jedinec pod vlivem drogy, i když žádnou nepožil. Může nastat až dva roky po poslední dávce a nejčastěji k němu dochází po halucinogenech.

Kromě rozdělení drog na měkké a tvrdé, legální a nelegální, je lze také rozdělit dle účinků, a to na stimulační, tlumivé a halucinogenní látky.

Stimulační látky

Základním úkolem stimulačních látek je povzbuzení, dokážou stimulovat jak fyzicky, tak duševně. Uživatel nepotřebuje spát, nepotřebuje jíst, cítí se plný síly a v euforii. Vyvolávají psychickou závislost, kterou uživatelé začnou cítit velmi rychle a rychlý je i nárůst tolerance. Při dlouhodobém užívání se začnou objevovat bludy a halucinace a začne docházet k poruchám osobnosti, které mohou skončit toxickou psychózou. Po přestání užívání se dostavuje nepřekonatelná únava, která když odezní, začne člověk cítit silný vnitřní neklid a chuť na drogu může trvat až několik měsíců. (Presl, 1995)

Hlavním představitelem stimulačních drog je *kokain*, který pochází z listů rostliny koky (celým jménem *Erythroxylon coca*) rostoucí v Jižní Americe. Kokain z listů poprvé izoloval německý chemik Albert Niemann v roce 1860. Nejprve sloužil v medicíně jako prostředek k místnímu umrtvení, poté se začal přidávat do různých šumivých a vinných nápojů, až se nakonec, pro své posilující účinky, stal velmi populární drogou. Kokain je bílý prášek, který se nejčastěji šňupe a rychle se tak vstřebává do krve. Hlavními účinky, kromě fyzického a psychického povzbuzení, jsou navození dobré nálady, zvýšení sebevědomí a sexuální apetence, a tyto účinky trvají přibližně třicet minut. Zvláštní formou, tzv. volnou bází kokainu je *crack*, který uživatelé kouří. Účinkem této drogy je velmi silný pocit blaha, který nastupuje téměř okamžitě po inhalaci a trvá kolem deseti až dvaceti minut. Crack je jednou z nejnávykovějších látek. (Ganeri, 2001)

Další stimulační drogou je *pervitin* neboli metamfetamin. Jedná se o hnědý až bílý prášek, popřípadě roztok, který je vyráběn synteticky z medikamentů (např. léky proti nachlazení), kdy základní stimulační látkou je efedrin. Nejčastějším užíváním pervitinu je injekční aplikace, dá se také šňupat. Pervitin stimuluje lidský organismus po fyzické i psychické stránce, zvyšuje sebevědomí a empatii k druhým lidem a odbourává psychické zábrany. (Presl, 1995)

Mezi stimulancia lze zařadit také *extázi*, hlavního zástupce „tanečních drog“. Podstatou extáze je chemická látka MDMA (3,4-methylenedioxyamfetamin), která byla syntetizována v roce 1912, v této době však nebyla podrobněji zkoumána. Znovu se objevila až v 60. letech 20. století a začalo se s ní experimentovat v psychoterapii. V 80. letech se začala šířit taneční scénou, pronikla do společnosti a až do roku 1985 byla tato droga legální. (Pokorný, 2014, online) Extáze se nejčastěji na trhu vyskytuje v podobě tablet, často s různými vyisovanými obrázky. Hlavními účinky této drogy je empatie, vzájemné porozumění s druhými, pocity vyrovnanosti a euforie. Po požití extáze dochází ke zvýšení krevního tlaku a pocení, přičemž může dojít až k přehřátí organismu a dehydrataci. Po dlouhodobém užívání se může objevit deprese, stavy úzkosti, poruchy spánku a další vedlejší účinky. (Shapiro, 2005)

Kromě nelegálních drog patří do této skupiny také *kofein*, obsažený např. v kávě či v čaji. Kofein má povzbudivé účinky, avšak pokud jedinec užije velkou dávku, může dojít k předávkování a následnému útlumu provázeného podrážděním, stresem, neklidem a nespavostí. Jedinec závislý na kofeinu, který ho přestane náhle užívat, může pociťovat nervozitu, bolesti hlavy a únavu.

Další legální stimulační drogou je *tabák*. Tabák je jednou z hlavních látek této práce, proto mu je věnována podkapitola 1.2.

Tlumivé látky

Mezi tlumivé drogy patří velká spousta látek, které se užívají k otupení bolesti, ke zklidnění při úzkostech nebo k navození spánku. Vyvolávají psychickou i velmi těžkou fyzickou závislost.

Výraznou skupinou tlumivých drog jsou opiáty, látky získávané ze zaschlé šťávy nezralých makovic máku setého neboli surového *opia*, které se pro své tišící účinky využívá už odnepaměti. Surové opium má podobu hnědé beztvaré hmoty, která se nejčastěji upravuje tak, aby se dala kouřit v různých dýmkách. Po inhalaci dochází k útlumu centrálního nervového systému, dechového centra a aktivity hladkého svalstva. Základním alkaloidem opia je *morfin*, který byl z opia izolován na začátku 19. století. Podává se injekčně a vyvolává mnohem větší euforii než samotné opium. Nejznámějším opiátem je však *heroin*, který byl poprvé připraven v roce 1874 z morfinu, jako jeho derivát diacetylmorfin. Na trh se dostal roku 1898 a používal se především jako lék proti kašli. Až po „vypuštění“ této drogy do společnosti a jejím úspěchu v lékařské praxi se zjistilo, jak návykovou látkou heroin je. Čistý heroin má podobu bílého prášku, častěji se však vyskytuje v hnědé barvě. Obvykle se vpichuje injekčními stříkačkami do žil, může se také šňupat, kouřit či inhalovat. Po užití této drogy se člověk cítí omámeně a uvolněně, jako by byl „v teplíčku, v peřince“. Počáteční účinky mohou být doprovázeny nevolností až zvracením a stejně jako ostatní opiáty, při dlouhodobém užívání způsobuje zácpu. Po prvních dávkách omámení trvá několik hodin, tolerance na tuto drogu však rychle roste, až omámení nakonec trvá pouze několik minut a uživatel musí zvyšovat dávky.

Abstinenční syndrom opiátů se projevuje bolestí svalů a kloubů, pocením, nevolností, podrážděností a průjmem. (Presl, 1995)

Další skupinou jsou tlumivé medikamenty patřící do legálních drog. Většina z nich má vedlejší účinky a vyvolává tělesnou i psychickou závislost. Jejich dlouhodobé užívání může vést k útlumu lidských emocí (radost ze života, ...). Typickým příkladem zneužívané skupinou tlumivých léků jsou *benzodiazepiny*, do nichž patří některá *anxiolytika* využívající se ke zklidnění a snížení úzkosti (např. Diazepam, Neurol) a *hypnotika*, která navozují spánek (př. Rohypnol). (Shapiro, 2005)

Do skupiny tlumivých látek patří také *alkohol*, více popsán v podkapitole 1.1.

Tlumivý účinek mají také těkavé látky. Jedná se o organická rozpouštědla a jsou jednou z nejnebezpečnějších skupin drog. Většinu z nich člověk sežene bez problémů, protože jsou volně k prodeji. Hlavním zástupcem je *toluen*, který slouží k ředění barev, dále jsou to např. lepidla *chemopren* a *styrofix* či ředidlo *aceton*. Tyto látky se nejčastěji inhalují, obvykle s hlavou v igelitovém sáčku či pod dekou. K intoxikaci dochází bezprostředně po užití látky. Účinky jsou podobné opilosti a trvají v řádech několika minut. Po intoxikaci nastupuje stav podobný kocovině. Největším rizikem užívání je předávkování, kdy uživatel při intoxikaci ztratí vědomí, není schopen kontrolovat přísun látky a dochází k zástavě dechu a oběhu. Inhalace těžce poškozuje organismus, především dýchací cesty, játra a ledviny. Dlouhodobé vdechování těkavých látek provází podrážděnost a agresivita a dochází k celkovému narušení osobnosti uživatele, proto je léčba ze závislosti velmi problematická a ve většině případů bez úspěchu. Nejčastějšími uživateli těkavých látek jsou děti a dospívající. (Presl, 1995)

Halucinogenní látky

Základním účinkem halucinogenů je změněné vnímání. Působí na naše smysly, co vnímáme a prožíváme, co vidíme, cítíme a dokážou změnit podobu skutečnosti až do přeludů a halucinací. Právě pro svůj psychedelický efekt, kdy „rozšiřují vědomí“ a mimosmyslové poznávání, jsou přitažlivé. V minulosti byly halucinogeny využívány především pro náboženské účely a na užití látky a průběh účinku

dohlížela nějaká autorita, např. šaman, která věděla, jak s drogou zacházet a kolik množství je potřeba. Otázka závislosti na těchto drogách je sporná, protože typická závislost ani abstinční syndrom se u halucinogenů nevyskytuje, ani nedochází k fyzickému poškození organismu. Největším problémem halucinogenů je však nevyzpytatelnost jejich účinků, a tím spojené riziko poškození psychického zdraví uživatele. Aby nedošlo k nežádoucímu průběhu, tzv. „bad tripu“, je důležitý aktuální psychický stav uživatele, kde a s kým se nachází, jestli se mezi ostatními cítí dobře apod. (Presl, 1995)

Hlavním představitelem halucinogenních drog a zároveň nejsilnějším halucinogenem je *LSD*, derivát kyseliny lysergové. Tento syntetický halucinogen byl objeven chemikem Albertem Hofmannem v roce 1938 a zpočátku byl využíván psychoterapeuty. Nejčastěji má podobu malého papírku, který se rozpustí pod jazykem. Nástup účinků začíná přibližně po pětáctyřiceti minutách a trvá cca dvě až osm hodin. LSD mění vnímání času a prostoru, barev, člověk může nabýt pocit, že rozumí smyslu žití, vesmíru apod. Výjimkou nejsou ani halucinace, převážně zrakové. Pokud po užití drogy dojde k „bad tripu“, může mít člověk depresi až sebevražedné sklony. (Ganeri, 2001)

Nejznámějším přírodním halucinogenem je *psilocybin*, který je obsažen v houbě Lysohlávka česká. Lysohlávky se můžou pojídat či pít jejich výluhy, dají se i kouřit. Účinkují přibližně čtyři hodiny a účinky jsou podobné LSD. Dalšími přírodními halucinogeny jsou např. *ayahuasca* či *peyotl* a jeho alkaloid *meskalin*.

Slabšími halucinogeny jsou konopné produkty, které dokážou pozměnit vnímání v čase. *Marihuana* je další klíčovou drogou této práce a její problematika je zpracována v podkapitole 1.3.

1.1 Alkohol

Alkohol neboli etylalkohol (etanol) je návykovou látkou s tlumivými účinky, která mění vědomí, chování i prožívání člověka. Je produktem kvasinkových bakterií, kdy vzniká při kvašení ovoce, zeleniny či obilí. (Shapiro, 2005) Jedná se o legální drogu, v České republice je trestně stíhán její prodej či podání osobě mladší 18 let.

Jedním z nejběžnějších alkoholických nápojů je pivo. Jedná se o kvašený alkoholický nápoj, který se vyrábí ze sladu, vody a chmele a obsahuje až cca 5 % alkoholu. Dalším oblíbeným alkoholickým nápojem je víno vznikající kvašením hroznového vína. Může obsahovat až cca 20 % alkoholu. (Shapiro, 2005) Kvašením lze však získat největší koncentraci „*kolem 17 % alkoholu, protože když koncentrace alkoholu dostoupí určitého stupně, kvasinky zastaví svoji produkci nebo jsou usmrceny vzniklým alkoholem*“. (Holcnerová, s. 8, online) Pokud chce člověk silnější vína či alkoholické nápoje v podobě likérů či destilátů, musí kvašené látky destilovat, tj. alespoň částečně izolovat alkohol od vody. Destiláty, např. whisky či vodka, pak mohou mít až kolem 40–50 a více procent alkoholu.

Historie alkoholu

Alkohol byl našimi předky užíván již před tisíciletími, především díky jeho poměrně snadné výrobě. Vždy byl spojen s potěšením, oslavami a zábavou, ale na druhé straně alkohol vždy provázela i výstraha hanby, v případě, že člověk vypil přespříliš a překročil společenské a morální meze.

Za první kvašený nápoj je považováno víno. „*Pěstování vinné révy na víno začalo podle současných představ v horách mezi Černým a Kaspickým mořem (dnešní Arménie) někdy mezi rokem 6000 až 4000 př. n. l.*“. (Shapiro, 2005, s. 61) Další starověkou kvašenou surovinou byl med, medovina byla rozšířena a velmi oblíbená především ve starém Řecku. „*Mezi lety 3000 až 2000 př. n. l. se u sumersko-mezopotámské civilizace (dnešní Irák) objevilo pivo a dodnes se zachovaly hliněné tabulky s recepty na více než dvacet druhů piva*“. (Shapiro, 2005, s. 61) Pivo se kvasilo nejčastěji ze sladu či chlebového těsta a ve „*13. století začal být do piva přidáván chmel, který mu zajišťoval lepší chuť i trvanlivost*“. (Holcnerová, s. 8, online) Destilovaný alkohol je znám přibližně z 11. století. Zpočátku sloužil ke zdravotním účelům, především k dezinfekčním. Brzy se však stal velkým fenoménem ve společnosti, převážně z důvodu levnějšího tlumícího prostředku s rychlejšími účinky, a s „*rychlejší opilostí se pochopitelně také dostavila rychleji i návykovost*“. (Sournia, 1999, s. 36) Opilství tak začalo zažívat velký rozmach, pomalu se však musela začít řešit otázka, jak se vypořádat s nadužíváním alkoholu a závislosti na něm.

S myšlenkou, že nadměrné užívání alkoholu je nemoc, přišli poprvé Thomas Trotter a Benjamin Rush v 18. století. Zatímco anglický lékař Trotter zkoumal především působení alkoholu na lidské tělo, Rush, lékař působící v USA, se díval na problematiku alkoholu z psychologického hlediska. (Sournia, 1999) Termín alkoholismus poprvé použil Magnus Huss ve své knize Chronický alkoholismus okolo roku 1849. Huss zde zmiňoval symptomy, jež vzniknou v důsledku nadměrné a dlouhodobé konzumace alkoholu. (Holcnerová, online)

Tak jako se začala řešit otázka nadužívání alkoholu a závislosti na něm, tak i postoje společnosti na alkohol se začaly měnit. Opilství se stalo společenskou ostudou a v důsledku toho začala v 19. století vznikat protialkoholická hnutí prosazující střídmost v pití, která později vyústila v prohibice (např. v USA v letech 1919–1933). Ty však byly dříve či později zrušeny především proto, že docházelo k velkému ilegálnímu překupnictví. (Shapiro, 2005)

V první polovině 20. století byl alkoholismus uznán nemocí, kterou je třeba léčit. *„Významným mezníkem v léčbě alkoholismu byl v roce 1935 vznik organizace Anonymních alkoholiků, která byla založena Williamem G. Wilsonem, ... V současné době jsou nejvíce užívané kognitivně behaviorální směry a terapie zaměřená na posílení motivace“.* (Holcnerová, s. 16, online)

Aplikace a účinky alkoholu

Alkohol se užívá výhradně orálně, v nápojích. Přes stěnu žaludku a tenkého střeva se vstřebává do krevního oběhu. V játrech se krev od alkoholu čistí, avšak játra nejsou schopna pojmout velké množství, tudíž neodbouraný alkohol proudí dále do těla. Účinky nastupují zhruba po pěti až deseti minutách od požití a trvají až několik hodin, v závislosti na požitém množství. Síla účinků také závisí na *„koncentraci, na rychlosti pití, přítomnosti potravy v žaludku, tělesné hmotnosti a náladě pijáka. Protože dochází k rozvoji tolerance, bude účinek záležet také na tom, do jaké míry je dotčený zvyklý pít“.* (Shapiro, 2005, s. 67)

Alkohol, jakožto tlumivá látka, zpomaluje životní funkce. Po napití alkoholického nápoje se člověk začíná cítit uvolněněji, začínají se u něho odbourávat zábrany.

Dochází ke ztrátě sebekontroly nad emocemi, jedinec se může po alkoholu stát velmi agresivním nebo být naopak lítostivý až v depresivním stavu. Pokud v pití pokračuje, začíná docházet k nesrozumitelné řeči a nejistým pohybům, k rozostřenému vidění, mění se nálady, narušuje se vnímání, snižuje se schopnost rychlé reakce a sebeovládání. Při překročení určité individuální hranice může dojít k závratím, nevolnosti a zvracení a v nejhorším případě k bezvědomí až smrti, v důsledku utlumeného dýchání a nedostatku kyslíku v mozku nebo udušením zvratky ve spánku. (Shapiro, 2005)

Někteří lékaři považují alkohol za prospěšný lidskému zdraví, a to na činnost oběhového systému a činnost srdce. V důsledku toho jsou také doporučovány denní dávky, pro muže přibližně dvě jednotky za den, ženy by měly vypít jednu jednotku denně (jedna jednotka odpovídá 10 g etanolu, což je např. cca 1 del vína). (Alkohol, ©2016, online)

Rizika užívání alkoholu

Po větších dávkách alkoholu může u jedinců dojít k výpadkům paměti, „*kdy si druhý den nemohou vzpomenout na některé či dokonce všechny události předchozího večera*“. (Shapiro, 2005, s. 69) Druhý den také obvykle následuje nepříjemný stav kocoviny, provázený nevolností, bolestí hlavy atd. Velkým rizikem je míchání alkoholu s jinými drogami, především s tlumivými léky, kdy alkohol zesiluje tlumivé účinky a může dojít k bezvědomí a smrti. Předávkování alkoholem vede k otravě, kdy se ho tělo snaží zbavit zvracením. V nejhorších případech může nastat kóma a smrt. Alkoholu by se měly vyvarovat těhotné ženy, popřípadě nepít často a pouze malé množství. Narozené dítě nadměrné uživatelky či alkoholičky by mohlo vykazovat abstinenční syndrom, být fyzicky i duševně opožděné, popřípadě mít deformace obličeje. (Shapiro, 2005)

Velkým rizikem užívání alkoholu jsou také různé úrazy a nehody pod vlivem. V roce 2015 Policie ČR evidovala 4 544 dopravních nehod zaviněných pod vlivem alkoholu, v jejichž důsledku zemřelo 62 osob a 2 267 bylo zraněno. Od roku 1995 se situace zlepšila, počet nehod zaviněných pod vlivem alkoholu se snížil o 5 110

a došlo i ke snížení počtu usmrcených osob, a to o 131 případů. (Ředitelství služby dopravní policie ČR, 2016)

Dlouhodobé pití alkoholu způsobuje mnoho zdravotních problémů. Nejvíce jsou postižena játra, kdy se člověk může „propít“ až k cirhóze jater. Dalšími problémy jsou žaludeční vředy a jiné problémy se žaludkem, rakovina dutiny ústní a jícnu, poškození mozku aj. (Shapiro, 2005) Kromě zdravotních důsledků má nadměrné pití alkoholu většinou na svědomí rodinné a finanční problémy nebo také páchání trestné činnosti.

Na alkoholu se kromě psychické závislosti vyvíjí i fyzická závislost. Pokud člověk fyzicky závislý přestane alkohol požívat, začnou se u něho projevovat těžké abstinenční příznaky v podobě nevolnosti, bolesti hlavy, mohou se objevit halucinace. Bez řádné léčby může dojít až k deliriu tremens doprovázeným horečkou, zmateností a bušením srdce, a v nejhorším případě k smrti. (Shapiro, 2005)

1.2 Tabák

Tabák je rostlina vyskytující se ve dvou druzích – Tabák virginský (*Nicotiana tabacum*) a Tabák selský (*Nicotiana rustica*). Pro výrobu spotřebního tabáku se listy této rostliny usuší a nařežou a poté se ubalí či zpracují do hotových tabákových výrobků. (Shapiro, 2005) Stejně jako alkohol i tabák je v České republice legální návykovou látkou určený jedincům starším 18 let.

Historie tabáku

Prvními uživateli tabáku byli domorodci v Americe. Domorodci vdechovali kouř z hořících, sušených a smotaných listů rostliny, především pro rituální účely či z lékařských důvodů. Tabák v Americe objevil Kryštof Kolumbus a následně semena rostliny přivezl do Evropy. Zde se tabák největšího rozmachu dočkal v polovině 16. století, především ve formě žvýkacího tabáku, zásluhou francouzského velvyslance Jeana Nicota, po kterém se také užívá termín nikotin.

Tabák byl v této době považován za léčivou látku, postupem času se však stal velkým zdrojem obchodu a finančního zisku. (Shapiro, 2005)

V 19. století se tabák žvýkal, kouřil v dýmkách či ve formě doutníku. Cigarety se začaly vyrábět ve 20. století a po vynálezu stroje na jejich rychlou výrobu se masově rozšířily. Velké spotřebě cigaret a ostatních tabákových výrobků také velmi napomáhala tehdejší reklama. (Shapiro, 2005)

V průběhu 20. století si vědci a lékaři začali všimnout neblahých důsledků kouření na lidské zdraví. Nalézali spojitost mezi kouřením a rakovinou a dalšími negativními vlivy. Na veřejnost se však mnoho informací nedostalo, až do roku 1952, „kdy *Reader's Digest* publikoval článek „*Cancer by Carton*“ (*Rakovina z cigaret*), který podrobně popisoval nebezpečí kouření“. (Shapiro, 2005, s. 220) Prodej cigaret skutečně klesl, avšak tabákové firmy rychle zareagovaly a začaly vyrábět cigarety s filtrem, snížily obsah dehtu a tabákovému průmyslu se znovu začalo dařit. Kouření však zůstalo v pozornosti lékařů, kteří začali sledovat jeho negativní účinky. Státy začaly situaci řešit, začalo docházet k větším kontrolám tabákových výrobků, zákazům reklam propagující kouření, započala se řešit otázka kouření ve veřejných prostorách a vlády začaly vydávat legislativní omezení a zákazy. (Shapiro, 2005)

Aplikace a účinky tabáku

Nejrozšířenějším způsobem užívání tabáku je kouření cigaret. Cigareta se většinou skládá z filtru a směsi nařezaného tabáku s mnoha dalšími chemickými látkami. Dnes rozšířenou alternativou cigaret jsou elektronické cigarety obsahující méně škodlivých látek. Dalším způsobem užívání tabáku je kouření doutníků. „*Doutníky se vyrábějí ze sušeného a fermentovaného tabáku, jsou balené v tabákových listech a jsou k dostání v mnoha tvarech a velikostech*“. (Shapiro, 2005, s. 228) Tabák se dá také kouřit pomocí dýmek, vyráběných např. ze dřeva či hlíny. Existují také vodní dýmky, ve kterých se tabák může smíchat s dalšími látkami. Vodní dýmka je založena na principu, kdy se tabák vtahuje přes vodu a tím dochází k filtraci a ochlazení kouře. Dalšími tabákovými výrobky je žvýkací tabák a šňupací tabák. Tyto varianty jsou však v dnešní době již méně častým způsobem užívání.

Při kouření jsou látky vstřebávány plícemi a účinky nastupují velmi rychle po užití. Hlavním hnacím motorem tabáku je nikotin. U jedince s nevyvinutou tolerancí na nikotin dochází k otravě až na několik hodin projevující se bolestí hlavy, závratěmi, nevolností a zvracením. (Shapiro, 2005)

Hlavními účinky tabáku je zvýšení tepu a krevního tlaku, útlum chuti k jídlu a pocitu vzrušení a povzbuzení. Přes své stimulační účinky se však tabák paradoxně užívá především k úlevě od stresu. (Shapiro, 2005)

Rizika užívání tabáku

Cigarety obsahují „asi 400 různých chemikálií“ (Ganeri, 2001, s. 102), které vážně poškozují lidské zdraví. Mezi nejškodlivější látky patří, kromě nikotinu, dehet, který je hlavní rakovinotvornou složkou tabáku a zapříčiňuje zbarvení zubů, prstů a jazyku do žluta. Další nezdravou a toxickou látkou je oxid uhelnatý, který se dostává do krve a může způsobit otravu, v nejhorším případě zástavu srdce. Dlouhodobé kouření způsobuje řadu nemocí. Kuřák může dostat typický kuřácký kašel, trpět vředy, vystavuje se riziku onemocnění dýchacích cest, především zánětům průdušek, rozedmě plic a rakovině plic, dále rakovině ústní dutiny, hrtanu či jícnu a onemocnění srdce a cév. Těhotná žena, která kouří, se vystavuje riziku spontánního potratu a větší pravděpodobnosti, že narozené dítě bude méně vyvinuté. Velkým problémem je také pasivní kouření, kdy kuřák neohrožuje pouze své zdraví, ale i zdraví nekuřáků, kteří nedobrovolně vdechují cigaretový kouř. (Shapiro, 2005)

Nikotin „obsažený v tabáku je jednou z nejnávykovějších drog. Je dokonce návykovější než heroin“. (Ganeri, 2001, s. 100) „Na celém světě je více pravidelných kuřáků než uživatelů jakékoli jiné drogy“. (Shapiro, 2005, s. 231) Bohužel je to z velké části zapříčiněno tím, že tabákový průmysl si nejdříve informace o návykovosti nikotinu tutlal pro sebe a veřejnosti je poskytl až pod tlakem rostoucích důkazů.

U pravidelného uživatele, který přestane kouřit, může dojít k abstinenčním příznakům v podobě nervozity a podrážděnosti, deprese, nespavosti a nepřetržitého hladu. Tyto příznaky mohou trvat až několik týdnů.

1.3 Marihuana

Marihuana patří do konopných produktů. Konopné drogy pocházejí především z rostlin konopí setého (*Cannabis sativa*) a konopí indického (*Cannabis indica*), dále existuje ještě konopí rumištní (*Cannabis ruderalis*). Marihuana je usušené květenství, listy, stonky či semena samičích rostlin. Kromě marihuany lze z konopí získat hašiš, který se připravuje z pryskyřice pokrývající květenství samičí rostliny. Hašiš je však méně užívanou konopnou drogou, zřejmě i z důvodu delší výroby. Chemicky, za pomoci rozpouštědel, lze z hašiše získat hašišový olej, který má silnější účinky. (Booth, 2004)

Historie marihuany

Konopí člověk využívá od pradávných dob. Odkud přesně pochází s jistotou nelze tvrdit, předpokládá se však, že k jejímu rozšíření došlo ze střední Asie a dnes tato rostlina roste téměř po celém světě. (Booth, 2004)

Už v dávné minulosti se konopí využívalo k mnoha účelům. Sloužilo jako léčivo, jako zdroj pro výrobu vlákna, látek či papíru, olej z konopných semen se používal jako palivo do lamp či pro výrobu mýdla. V námořnictví se z konopí vyráběla lana pro loďstvo, a jelikož na ně padala velká spotřeba konopí, a státy, jako Anglie, Itálie a další námořní velmoci, chtěly produkovat vlastní konopné rostliny a nebyť závislé na dovozu, měli dokonce v některých zemích dřívější rolníci přikázáno pěstovat tuto rostlinu na svém pozemku. V 18. století patřilo konopí v USA mezi nejdůležitější zemědělské plodiny a na jeho pěstování a zpracování se využívali otroci. (Booth, 2004)

Konopí vždy také sloužilo jako droga, která je schopná měnit vědomí, ať už za náboženským využitím či za potěšením. K největšímu rozmachu zábavného užívání marihuany došlo v USA ve 20. letech 21. století především černošskou minoritou a okrajovou společností a záhy se marihuana začala šířit do všech vrstev společnosti. (Shapiro, 2005)

Postupem času se marihuana, spolu s ostatními konopnými drogami, přesunula od látky užívané z náboženských, kulturních a relaxačních důvodů k obávané a netolerované droze. Její zákaz však zapříčinil vznik dvou protipólů, kdy jeden je toho názoru, že marihuana je nebezpečná látka, a druhý tento postoj odmítá a protestuje proti němu. Problematika legalizace marihuany se tak stává velkou otázkou 21. století, avšak i přes všechny dohady a zákazy je marihuana nejrozšířenější a nejužívanější ilegální drogou dnešního světa.

Přístup k tomuto problému řeší každý stát po svém. Jiným způsobem se z právního hlediska dívají na držení marihuany v USA, jinak ve Velké Británii a jinak v Nizozemsku. Ve většině zemí je však zakázán její prodej, který je těžce stíhán.

V České republice je prodej marihuany nelegální, lze koupit pouze léčebné konopí na předpis. Dle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů lze pěstovat rostliny typu Cannabis do obsahu THC 0,3 %, kdy se jedná o tzv. technické konopí. Pokud jedinec drží konopí s obsahem THC vyšším než 0,3 % v rozsahu do pěti rostlin, jedná se o přestupek (zákon č. 200/1990 Sb. o přestupcích), pokud drží šest a více rostlin pěstovaných s obsahem THC vyšším než 0,3 %, dopustil se trestného činu (§ 285 trestního zákoníku č. 40/2009 Sb.). Více než 0,3 % THC mohou pěstovat právnické nebo fyzické osoby, kterým byla udělena licence Státním ústavem pro kontrolu léčiv, a to pouze pro léčebné účely. (Mýty a fakta o drogách, ©2015, online)

Aplikace a účinky marihuany

Nejběžnějším způsobem užívání marihuany je kouření. Existuje mnoho způsobů, jak se dá marihuana kouřit. Většinou se smíchává s tabákem a balí do cigaretového papíru, tím vzniká tzv. joint, nebo lze vysypat tabák z cigarety či doutníku a nahradit ho marihuanou. Někteří uživatelé přidávají k marihuaně další drogy, např. LSD. Lze ji kouřit také v dýmkách či vodních dýmkách zvaných „bongs“. Dalším způsobem užití je konzumování marihuany v jídle nebo z ní lze připravit konopné mléko či čaj. Rizikem míchání marihuany do jídla či nápojů je nemožnost odhadnout požadované množství, a snadno se tak člověk může předávkovat a zažívat nepříjemné pocity a nevolnost. (Shapiro, 2005)

Hlavní účinnou chemickou látkou rostlin typu Cannabis je THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), které bylo izolováno v roce 1964. Jeho množství se v konopných produktech může podstatně lišit, záleží na podmínkách pěstování konopí, např. na místě, počasí a dalších faktorech. *„Mají-li marihuana a hašiš působit psychoaktivně, musí se THC dostat do krevního oběhu a touto cestou nakonec i do mozku. Jakmile THC vstoupí do krevního řečiště, lidský metabolismus jej chemicky přemění na sloučeninu známou jako 11-hydroxy-THC, která se naváže na tukovou tkáň a asi po půl hodině se uvolní zpět do krevního oběhu a putuje do mozku. ... Nejméně polovina THC se do čtyřadvaceti hodin po požití z těla odplaví, ale stopové množství v organismu zůstává ještě několik dní“.* (Booth, 2004, s. 20)

Při kouření marihuany se účinky dostavují během několika minut a doba trvání závisí na dávce, většinou se jedná cca o tři hodiny. Po užití v jídle či nápoji nastupují účinky až po hodině a delší době. Dochází ke zvýšení srdečního tepu, uživatel má často oči podlité krví, sucho v ústech a velkou chuť k jídlu. (Shapiro, 2005)

Účinky závisí na zkušenosti i očekávání uživatele, jedinci, kteří užijí marihuanu poprvé, nemusí pocítovat žádnou změnu. Hlavními účinky jsou *„pocity zvýšeného vnímání a porozumění skrytým myšlenkám druhých, hudbě a dalším smyslovým prožitkům“.* (Shapiro, 2005, s. 321) Uživateli se může změnit vnímání času, připadá mu, jako by se zvláště vlekl či zastavil.

Příležitostní kuřáci užívají marihuanu především kvůli zábavě, odpočinku a společenskému družení. Pravidelní kuřáci, ve většině případů, používají marihuanu za vyššími hodnotami a introspektivními prožitky. Většina z nich však přestane kouřit marihuanu při změně priorit v životě, zejména kvůli rodině či práci. (Dostál, 2013)

Marihuanou a jejími účinky se také zabývají lékařské výzkumy zkoumající její využití pro snížení bolestí a jiných útrap při řadě onemocnění, např. pro snížení nevolnosti po chemoterapii. Na trhu je k dostání také mnoho výrobků z konopí v podobě mastí a dalších produktů obsahující kanabidiol – CBD, který není psychoaktivní ani návykový.

Rizika užívání marihuany

Rizikem kouření marihuany je, stejně jako u kouření tabáku, onemocnění dýchacích cest, rakovina plic či dutiny ústní, hrtanu a jícnu. Kouř z marihuany je škodlivější než tabákový kouř, a pokud uživatel kouří marihuanu spolu s tabákem, riziko je o to větší. Lidé mající problémy se srdcem se vystavují riziku infarktu. Mohou se také vyskytnout problémy s imunitou. Těhotné ženy se pravidelným užíváním marihuany vystavují riziku předčasného porodu a dalším problémům, narozené dítě by mohlo přechodně trpět třesem a nepříjemnými pocity, neexistuje však žádný důkaz potvrzující přímou spojitost marihuany s těmito riziky u těhotných žen. (Shapiro, 2005)

Dalšími riziky dlouhodobého užívání marihuany jsou problémy s motivací, pamětí či soustředěním. Většinou se však jedná o přechodný charakter, problémy tudíž mizí, když jedinec přestane marihuanu užívat. U některých jedinců se mohou objevit stísněné pocity, úzkosti a paranoia. Jedná se však o individuální situace, kdy záleží na aktuálním stavu uživatele a prostředí, v jakém se nachází. Prováděly se různé studie, jak souvisí užívání marihuany s duševními poruchami, především schizofrenií. Lidé trpící nějakým duševním problémem mohou být náchylnější k psychóze či k depresím, ani v tomto případě však neexistuje přesvědčivý důkaz o přímé spojitosti marihuany s duševními problémy. (Dostál, 2013)

Při dlouhodobém a pravidelném užívání marihuany vzniká tolerance a pravidelní uživatelé pak kouří proto, aby se cítili normálně. Po přestání užívání může dojít k abstinčním příznakům v podobě nervozity a podrážděnosti, nespavosti a snížené chuti k jídlu.

2 Užívání návykových látek dětmi

Děti a dospívající jsou návykovými látkami ohroženi více než dospělí jedinci. Jejich mozek je stále ve vývinu a tělo si nedokáže s látkou poradit stejným způsobem jako u dospělého. Užívání drog může narušit správné funkce mozku dětí a dospívajících, zejména v oblasti paměti a motoriky. Dále dochází k zaostávání v psychosociálním vývoji, a to především v oblasti sociálních dovedností, dítě má problém se sebekontrolou a hůře se vzdělává. Také závislost na návykových látkách se u dítěte vyvíjí rychleji než u dospělých a k otravě stačí dítěti podstatně menší množství než zralému jedinci. (Nešpor, 2011)

2.1 Příčiny

Proč člověk začne užívat drogy? Existuje celá řada faktorů. Člověk může sáhnout po droze z důvodu experimentu, nudí se, droga ho láká, lákají ho kamarádi, chce vyzkoušet něco nového, chce si rozšířit obzory nebo kvůli duševním problémům. Kraus (2015) rozděluje faktory vzniku závislostí na genetické a biologické (např. stravovací návyky), na psychické faktory (např. nedostatečná sebekontrola, emotivní labilita) a na sociální faktory (vliv rodiny, vrstevníků atd.). Presl (1995) vidí problém v užívání drog v kombinaci faktorů osobnostní charakteristiky, vlivu prostředí a samotné přítomnosti drogy a její charakteristiky. *„Závislost lze v podstatě vypěstovat za určitých podmínek u každého“*. (Presl, 1995, s. 49)

Co se týče osobnostních faktorů, nejvíce je ohrožen člověk s emočními problémy, především trpící depresemi a úzkostmi nebo nadměrným studem a sníženým sebevědomím. Riziko užívání drog také zvyšují některé osobnostní vlastnosti, např. sebestřednost, nestálost či nezdrženlivost. Nejrizikovějším obdobím je dospívání, kdy se jedinec začíná poznávat a objevovat a svoji identitu může začít hledat prostřednictvím experimentů s návykovými látkami. *„Výzkumné studie naznačují, že děti začínají s experimentováním již okolo dvanáctého a třináctého roku. Častý bývá přechod od užívání legálních drog (tabák, alkohol) k nelegálním (marihuana, pervitin, heroin). ... Prvním zdrojem drogy bývá nejčastěji známý, přítel, spolužák či partner – méně často je to skutečný dealer – pouliční prodejce drog“*. (Hajný, 2001, s. 11–12)

Vliv prostředí má, dle Presla (1995), největší vliv na vznik drogového problému. Ovlivňuje nás vše, co nás obklopuje. Nejdůležitějším faktorem je rodina, kde dochází k základnímu vývoji jedince a uspokojování primárních potřeb a dítě vnímá rodiče jako autoritu a své vzory. Hajný (2001) uvádí problémové zvyky v rodině, které zvyšují riziko užívání drog. Důležitým faktorem v rodině je svoboda. Přílišná liberální výchova, nadměrná volnost a nedostatek kontaktu s rodiči, může přispět k problémům stejně, jako nadměrná kontrola, náročnost či opatrnost a obava o dítě. Velmi negativním jednáním je manipulace, v jejímž důsledku v rodině narůstá nedůvěra a nejistota a dítě svůj problém raději utiší drogou, než aby se svěřilo blízkému člověku. Dalšími motivy ke zneužívání návykových látek jsou např. stresové situace jako stěhování nebo rozvod a rozpad rodiny, nebo přímé vyrůstání v rodině alkoholiků či toxikomanů, ze které si dítě přenesl negativní vzorce chování do svého budoucího života.

Kromě rodiny jsou velmi důležitým faktorem působící na osobnost jedince party a vrstevníci. Dospívající chce někam zapadnout, patřit do nějaké skupiny, cítit sounáležitost s druhými. Je ovlivňován názory druhých v partě, chce se ostatním vyrovnat, dosáhnout dobrého postavení či upoutat jejich pozornost. Pokud se parta vyskytuje v prostředí drog, je velkým rizikem, že dítě podlehně a začne užívat návykové látky s ostatními. Vliv na jedince má také škola, kde tráví velkou část dne. Dítě zde prožívá školní úspěchy i neúspěchy, velmi rizikovým faktorem je šikana. Velký vliv má zde hlavně přístup učitele, jakým způsobem řeší výchovné problémy, jakým způsobem vyučuje a samotná oblast prevence. Na vývoj jedince také velmi působí média, u kterých v dnešní době děti tráví mnoho času. Především filmy a počítačové hry s tematikou násilí a drog mohou mít na dítě negativní dopad. (Hajný, 2001)

Jedince také může ovlivnit samotná přítomnost drogy, vědomí, že je snadné se k nějaké návykové látce dostat, že přátelé užívají drogy a nic špatného na tom není. Droga má své specifické vlastnosti, které nabádají k jejímu užívání. Jedince může přitahovat zakázanost látky, její tajemnost či exotičnost, dále potřeba sounáležitosti s ostatními spojená s tlakem brát drogu a samotné uspokojující účinky drogy. (Hajný, 2001)

2.2 Fáze závislosti

Závislost se začíná projevovat ve chvíli, kdy již dotyčný nedokáže žít bez určité drogy. Ztrácí kontrolu nad drogou i sám nad sebou, cítí drtivou touhu a potřebu drogu vzít. Tělo si postupně zvyká na přísun látky, roste tolerance a závislý musí zvyšovat dávky k dosažení stejného účinku. Droga se pro něho stává vším, veškerý svůj čas a sílu věnuje tomu, jak sehnat další dávku.

K diagnóze závislosti je dle Mezinárodní klasifikace nemocí potřeba, aby došlo během posledních dvanácti měsíců alespoň ke třem příznakům z následujícího seznamu:

- silná touha či nutkání užívat látku,
- potíže v sebeovládání, v kontrole užívání látky,
- užívání látky za úmyslem odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- potvrzení tolerance (vyžadování vyšších dávek k dosažení očekávaného účinku),
- zanedbávání jiných potěšení či zájmů než užívání drogy,
- pokračování v užívání drogy přes jasný důkaz škodlivých následků. (Nešpor, 2011)

Závislost na nealkoholových látkách je podle Fischera a Škody (2014, s. 95) „proces komplexních změn v somatické psychické a sociální oblasti“. Popisují tyto fáze rozvoje závislosti:

1. *Experimentální stadium* – Jedinec užívá drogy občasně, negativní účinky látky se zatím neprojevují, uživatel zvládá všední problémy a snadno užívání drogy skrývá před okolím.
2. *Příležitostné užívání* – Jedinec již drogu užívá za účelem osobním a sociálním, v této fázi ještě není na látce závislý, záleží mu na okolí.
3. *Pravidelné užívání* – V této fázi jedinec užívá drogu čím dál častěji a začíná být lhostejný ke všemu, co se drogy netýká. Dochází ke ztrátě kontaktů

s rodinou a blízkými, objevují se problémy v zaměstnání, ve škole, uživatel se začíná orientovat pouze na společnost užívající drogy.

4. *Návyk a závislost* – V tomto stadiu již neexistuje jiná motivace, která se netýká drogy, dochází k závažným změnám v somatické, psychické i sociální oblasti, zdraví uživatele je často poškozeno (např. poškození orgánů, snížení imunity, nákaza hepatitidou, HIV).

Vznik a rozvoj závislosti na alkoholu rozdělil E. M. Jellinek do čtyř stádií. S tímto rozdělením souhlasí i další autoři, například Kraus (2015), Fischer a Škoda (2014), nebo Skála (1986). Jedná se o tyto čtyři fáze:

1. *Počáteční, prealkoholické* – Jedinec zvyšuje množství i četnost pití alkoholu, uvědomuje si úlevu, kterou mu pití přináší.
2. *Prodromální, varovné* – Stoupá spotřeba a roste také tolerance na alkohol, jedinec se stydí za své pití, jedná se již o škodlivé užívání.
3. *Rozhodné, krucióální* – Tolerance stále roste, časté jsou konflikty s okolím, jedinec ztratil kontrolu nad pitím. Mění se osobnostní vlastnosti i hodnoty, jedince nezajímají zájmy a koníčky, které kdysi měl a dochází k rozpadu interpersonálních vztahů.
4. *Terminální, konečné* – Toto stadium odpovídá syndromu závislosti, tolerance se snižuje, alkoholik se rychle opije, bez alkoholu není schopen žít. Dochází k somatickým a psychickým poruchám a k sociálnímu úpadku.

2.3 Příznaky

Drog je nepřeberné množství a uživatelé je berou z nejrůznějších důvodů. Navíc účinky jedné drogy mohou u dvou lidí působit rozdílným způsobem. Existuje však celá řada projevů a příznaků, které mohou napovědět, že jedinec drogy užívá. Nicméně dospívající procházejí mnoha změnami a mohou vykazovat problémové chování, které nemusí vůbec znamenat problém s drogami. Pokud se ale u dítěte objeví větší počet určitých signálů, měl by rodič zpozornět a problému se věnovat.

Kromě samotných projevů specifické drogy existují určité varovné signály vykazující možné užívání návykových látek. Jedná se o náladovost a netypické

chování v určitých situacích, kdy podezřelá je zvýšená podrážděnost, ale stejně tak i nápadný klid. Dále zhoršení prospěchu ve škole, záškoláctví a úteků z domova, ztráta zájmu o přátele a koníčky, výrazná změna přátel či náhlá změna ve stylu oblékání a hudby. Dítě užívající nějakou návykovou látku se většinou snaží zakrýt příznaky, např. nosí dlouhé rukávy, které mohou skrývat vpichy po jehlách nebo tmavé brýle zakrývající zarudlé oči atd. Výjimkou nejsou předstírání a lži, dítě je často bez energie, unavené a uzavřené před světem. Problém také může vykazovat výrazný úbytek na váze doprovázený ztrátou chutí k jídlu. Důležité je všimnout si také materiální stránky. Chybějící léky, alkohol nebo ztráta věcí a peněz nesignalizují nic dobrého, stejně tak držení podezřelých předmětů, např. velké množství zapalovačů či sirek, cigaretových papírků, různých kousků trubiček, lahví s uříznutým dnem atd. (Hajný, 2001)

Pokud rodiče zjistí, že má jejich dítě problém s drogami, neměli by v žádném případě začít dítěti něco vyčítat, citově ho vydírat a udělovat tresty ihned po zjištění problému. Neměli by svádět vinu na druhé, na kamarády, partnera atd. Měli by se vyvarovat moralizování a strašení dítěte hroznou budoucností. Naopak je třeba zachovat klidnou hlavu a zvážit všechny okolnosti, požádat o radu blízké, promluvit si s dítětem o problému a pokusit se dojít k určitým změnám v jeho životě, popřípadě nastolit nová pravidla. A pokud je situace vážná a rodič není schopen si s problémem poradit sám, je třeba vyhledat odborníka. (Hajný, 2001)

2.4 Prevence a léčba

Velmi důležitým faktorem ovlivňující jedince, aby se nedostal do problému s návykovými látkami, je prevence. Aby byla úspěšná, musí zasahovat do všech oblastí, které se týkají osobnosti. V drogové sféře působí primární, sekundární a terciární prevence.

Primární prevence se zaměřuje na aktivity, které mají za úkol ovlivňovat názory a postoje jednotlivce i celé skupiny, a vést k tomu, aby problém s drogami vůbec nevznikl. Největší a nejdůležitější vliv v této prevenci má rodina. Výchova dítěte by měla vést k zodpovědnosti, cílevědomosti a umírněnosti. Rodič je pro dítě vzorem, proto by měl myslet na vliv vlastního užívání návykových látek. Podstatné

je dítěti ukázat, že má vždy situaci pod kontrolou a látka ho v žádném ohledu neovládá. (Presl, 1995) Důležité je také posilovat vazby dítěte na rodinu a podporovat ho v kvalitních způsobech trávení volného času. V primární prevenci dále hraje důležitou úlohu škola, kde působí a organizují preventivní programy metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden. Tyto programy by neměly probíhat pouhou přednáškovou formou, ale naopak otevřenou diskuzí a podporováním zdravých hodnot a zájmů.

Avšak ani kvalitní primární prevence nemůže zaručit, že se dítě drogám vyhne. V mnoha případech se jedná o pouhé experimenty, o kterých se rodiče většinou ani nedozví. Problém nastává v okamžiku, když se z experimentu stane pravidelné užívání, které nakonec může skončit závislostí.

Pokud má závislý jedinec nedostatek drogy, ocitá se v nepříjemném stavu a začíná pociťovat syndrom abstinence. Stejně jako míra rizika závislosti i průběh abstinenčního syndromu závisí na samotné droze. Syndrom má fyzickou a psychickou složku. Fyzická složka se projevuje křečemi, průjmy, zácpami, pocením atd. a vyskytuje se např. při odvykání z opiátů. Psychická složka zapříčiňuje neklid, agresivitu, podrážděnosti, vyčerpanost atd., a je výrazná např. při léčbě ze závislosti na stimulačních drogách. (Presl, 1995) Obecně ale platí, že čím více a déle člověk užívá drogy, tím těžší pociťuje abstinenční příznaky. Ve většině případů pak trvá roky, než se jedinec závislosti plně zbaví, pokud vůbec. (Ganeri, 2001)

A jelikož je závislost nemoc, musí se léčit. Léčba sahá do oblasti *sekundární prevence*. Sekundární prevence se snaží pomoci těm, kteří již drogy užívají, a zamezit co možná největšímu vzniku poškození. Je tedy zaměřena na konkrétního jedince, u kterého už jsou patrné známky užívání drog a který musí projít určitou léčbou. Projevy odvykání jsou však individuální a stejně tak i jejich zvládnutelnost. Někteří drogově závislí potřebují ústavní péči, někdo je schopný se opakovaně zbavit návyku sám. Také existuje řada závislých, kteří se nechtějí zbavit své závislosti nadobro, chtějí pouze krátkodobě zlepšit svůj zdravotní stav. (Presl, 1995) Tak jako tak, v této oblasti figuruje mnoho zařízení pro odbornou pomoc uživatelům drog, která poskytují služby od poradenství až po samotné léčení.

Existují tři formy léčby z drogové závislosti:

- *Jednorázová porada, krizová pomoc či krátkodobá léčba* – Cílem je stabilizovat stav klienta a pomoci hledat řešení problému. Spadá sem např. pomoc s komunikací, s vyjadřováním emocí, atd. Tuto pomoc poskytují především kontaktní centra, linky telefonické pomoci a poradny.
- *Ambulantní léčba* – V rámci ambulantní léčby pacient dochází do zařízení poskytující léčení, obvykle formou poradenských či terapeutických rozhovorů. Léčba je možná jednotlivě i ve skupině, délka a četnost docházení je individuální. Tuto léčbu podstupují klienti s větší sebekontrolou, motivací změnit se a s nižší možností relapsu. Ambulantní léčení probíhá např. v AT ambulancích, v denních stacionářích nebo ve formě psychiatrické léčby v rámci ambulantního programu.
- *Ústavní léčba* – Tato léčba probíhá pobytem na specializovaných odděleních, může být nařízena i soudně. Vždy musí zahrnovat lékařské vedení a strukturovaný program. Délka léčby je krátkodobá nebo střednědobá, dlouhodobé léčení spadá již pod terapeutické komunity. Ústavní léčbou procházejí pacienti žijící v rizikovém sociálním prostředí, s psychickými či somatickými problémy a s velkou možností relapsu. (Nešpor, 2003)

Stejně jako prevence i léčba musí být komplexní. Musí zahrnout tělesný i duševní stav jedince, vztahy s blízkými i prostředí, ve kterém žije. (Hajný, 2001) Čím dříve se závislý začne léčit, tím větší je naděje na zdar léčby. U těžší formy závislosti také platí, čím delší je léčba, tím lepší jsou výsledky. (Nešpor, 2003) Velmi důležitou složkou je podpora od rodiny a blízkých, kteří by měli při léčbě spolupracovat. Avšak vždy nejvíce záleží na osobě závislého, na jeho vůli a chuti léčit se.

Kromě samotné léčby existují také zařízení poskytující různé formy pomoci závislým na drogách. Jedná se o detoxikační jednotky, které nejsou přímou léčbou závislosti, pouze pomáhají zvládnout abstinenční příznaky. Dále doléčovací a resocializační centra, která slouží klientům, kteří již prošli určitou léčbou, a která kladou důraz na prevenci relapsu. Zařízení azylového typu jsou pro uživatele drog, kteří nechtějí přestat návykové látky brát, jsou bez domova a sami. Azyl jim

poskytuje ubytování na určitou dobu, jídlo, oblečení, hygienický servis aj. Samostatně působí skupina Anonymních narkomanů, kam může přijít kdokoli, kdo chce přestat užívat drogy. Tato skupina není vedena pod lékařským dohledem ani jinou autoritou.

Existuje však také řada drogově závislých, kteří se léčit nechtějí. Tento problém spadá do sféry *terciární prevence*. Snaží se o zmírnění důsledků, které vznikly užíváním drog. Provádějí ji specializovaní pracovníci, např. street workers, kteří chodí na místa, kde se narkomani vyskytují, a kteří vyměňují použité jehly a stříkačky za nové, poskytují informace o kontaktu se středisky atd.

3 Průzkum užívání alkoholu, tabáku a marihuany na druhém stupni základní školy

Děti, které chodí na druhý stupeň základní školy, jsou přibližně ve věku od jedenácti do patnácti let. Toto období dítěte je první fází dospívání, zvaná raná adolescence neboli pubescence. (Vágnerová, 2012) Pubescenci lze označit jako období problémové, dítě dozrává intelektuálně i duševně, hledá svoji vlastní identitu a také u něho začíná docházet k tělesným změnám, především k pohlavnímu dospívání.

Jedinec je v tomto období citově zranitelný, může pociťovat úzkosti v souvislosti se změnami svého těla, bývá impulzivní, vztahovačný a zažívá pocity nejistoty. Začíná cítit odpor k autoritám, přičemž se uzavírá před rodiči a dospělými jedinci vůbec a od své rodiny se snaží odpoutat. Naopak má v této fázi na dítě velmi silný vliv parta či vrstevnická skupina, ve které může kompenzovat pocity méněcennosti, s jejímiž členy cítí sounáležitost a vzájemnou oporu a může s nimi sdílet své starosti i radosti. Velkou úlohu v těchto skupinách hraje konformita, kdy mají členové skupiny např. stejný styl oblékání, poslouchají tentýž styl hudby apod. V pubescenci dochází také k první zamilovanosti, která se vyznačuje např. touhou být v blízkosti milovaného, okukováním, vzájemnými psaníčky atd. (Říčan, 2014)

Změn, kterými jedinec prochází v období dospívání, je mnoho a nejsou snadné. Jak již bylo řečeno, velmi důležitou roli v životě pubescenta zaujímá vrstevnická skupina. Jedinec chce být oblíbený, prosadit se nebo alespoň nevybočovat. Pod tlakem názorů se pak mnohdy dopouští i rizikového chování. Jednou z hlavních oblastí rizikového chování v dospívání je abúzus návykových látek. Kabiček, Csémy a Hamanová (2014) uvádějí, že ve většině případů je užívání drog dospívajícím motivováno právě vlivem vrstevníků než kvůli samotným účinkům drogy. Problematikou tohoto okruhu rizikového chování v dospívání se zabývá průzkum této bakalářské práce.

3.1 Projekt průzkumu

Cíl průzkumu a stanovení hypotéz

Cílem empirického šetření této bakalářské práce bylo zjistit, jaké zkušenosti s alkoholem, tabákem, marihuanou, popřípadě s jinou drogou, již mají žáci druhého stupně základních škol. Na základě prostudování odborné literatury a výzkumů týkající se problematiky užívání drog dětmi a v souvislosti s cílem průzkumu této bakalářské práce byly sestaveny tyto hypotézy:

- H1: **Více zkušeností s drogami na druhém stupni základní školy mají chlapci než dívky.**
- H2: **Žáci chodící na druhý stupeň základní školy mají více zkušeností s alkoholem než s marihuanou.**
- H3: **Více zkušeností s tabákem mají děti, u nichž doma alespoň jeden člen rodiny kouří, než děti, u nichž doma nekouří nikdo.**
- H4: **Předpokládaným nejčastějším motivem pro užívání drog u žáků druhého stupně základních škol je parta.**

Metoda průzkumu

K empirickému šetření této bakalářské práce byl zvolen sběr dat kvantitativní metodou. Kvantitativní výzkum se opírá o číselné údaje, zjišťuje množství, rozsah a frekvenci výskytu daného jevu a tato data se dají matematicky zpracovávat. Za nejvhodnější kvantitativní metodu tohoto průzkumu bylo zvoleno dotazníkové šetření.

Dotazník průzkumu je anonymní a skládá se z úvodní části, kde je představen účel dotazníku, dále z devíti vlastních otázek, z nichž tři jsou uzavřené a zbylých šest je polootevřených, aby žáci mohli vepsat svůj názor nebo zkušenost, a ze závěrečného poděkování respondentům za vyplnění dotazníku.

Charakteristika respondentů

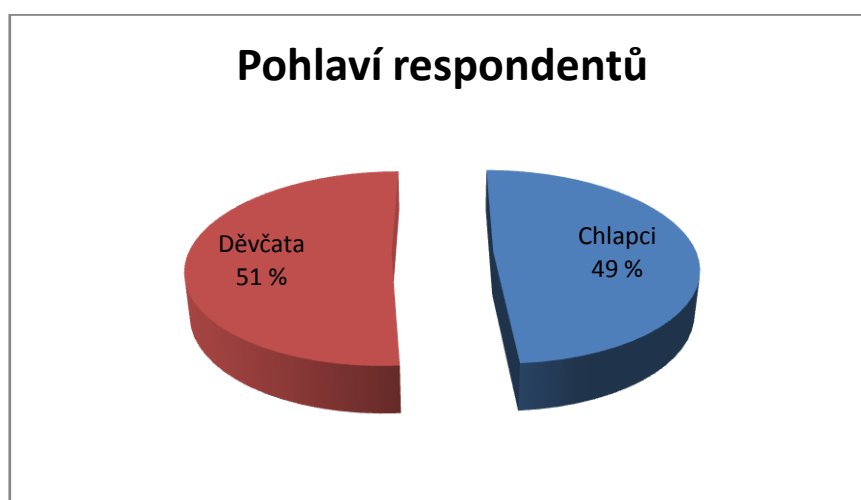
Průzkum proběhl v lednu v roce 2016 na dvou základních školách v Hradci Králové, a to na Základní škole Pouchov a na Základní škole Úprkova. Na obou školách byl dotazník zadán v osmém a devátém ročníku. Dohromady odpovědělo 134 žáků, z toho 5 dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu neúplných či smysl nedávajících odpovědí. Použitelných dotazníků je tedy celkem 129, z toho 72 ze Základní školy Úprkova a 57 ze Základní školy Pouchov. Průzkum pracuje s komplexním počtem všech žáků, tedy obou základních škol.

3.2 Interpretace výsledků

Jak již bylo uvedeno výše, dotazník obsahuje devět otázek a vyplnilo ho celkem 129 respondentů. Následuje grafické zpracování jednotlivých odpovědí dotazníku, ověření hypotéz, zda došlo k jejich potvrzení či nikoli a nakonec shrnutí a diskuze empirického šetření.

Jednotlivé odpovědi dotazníku

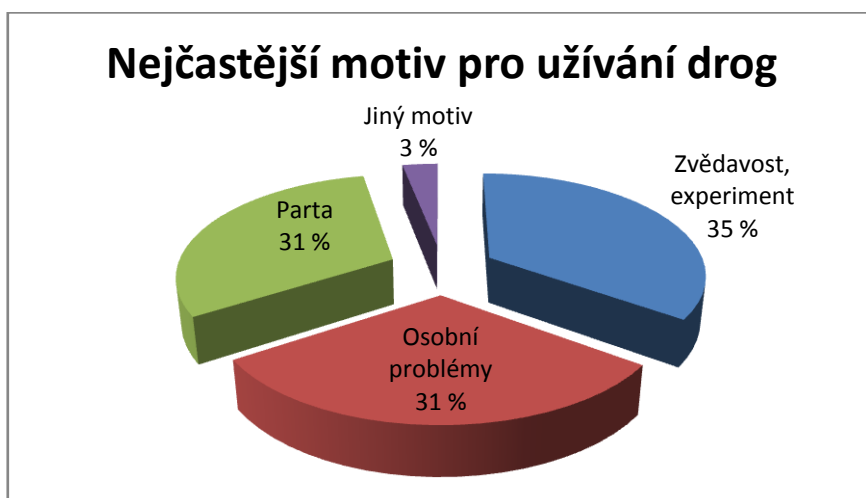
Otázka č. 1: Jsi kluk nebo holka?



Graf 1: Pohlaví respondentů

Ze 129 respondentů celkem odpovědělo 63 chlapců (49 %) a 66 dívek (51 %). Lze tedy konstatovat, že poměr chlapců a dívek empirického šetření je téměř vyrovnaný.

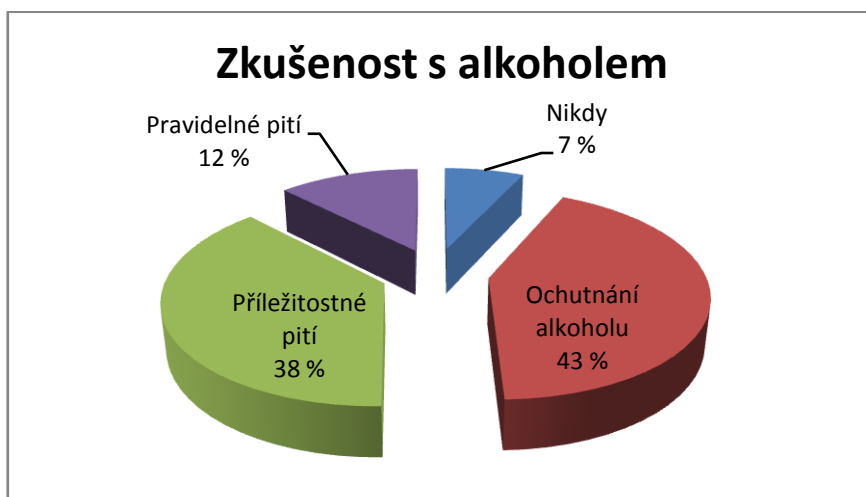
Otázka č. 2: Co je podle Tebe nejčastějším motivem pro užívání drog?



Graf 2: Nejčastější motiv pro užívání drog

Zvědavost či experiment uvedlo jako nejčastější příčinu užívání drog 45 žáků (35 %), 40 respondentů (31 %) uvedlo osobní problémy a stejně tak 40 odpovídajících (31 %) uvedlo partu. Zbývající 4 žáci (3 %) uvedli jiný motiv, a to nuda, fajn pocit po požití drogy, malou pozornost od rodičů a důvod, že užívání drog je frajeřina.

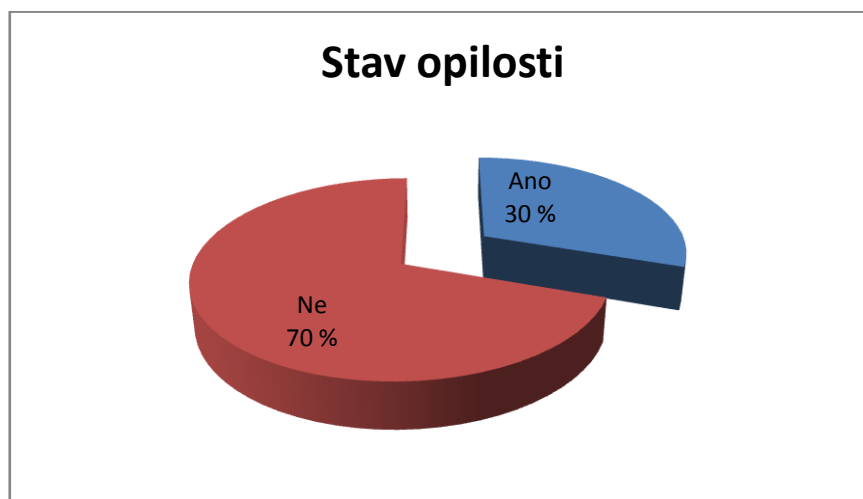
Otázka č. 3: Pil/a jsi někdy alkohol?



Graf 3: Zkušenost s alkoholem

Zkušenost s alkoholem má již 120 žáků (93 %), pouze 9 žáků (7 %) alkohol nikdy nepožilo. Alkohol ochutnalo 55 respondentů (43 %), 49 dětí (38 %) pije příležitostně (méně než jedenkrát za měsíc) a 16 žáků (12 %) pije pravidelně, kdy se užívání alkoholu pohybuje v rozmezí od třikrát týdně až po jedenkrát za měsíc.

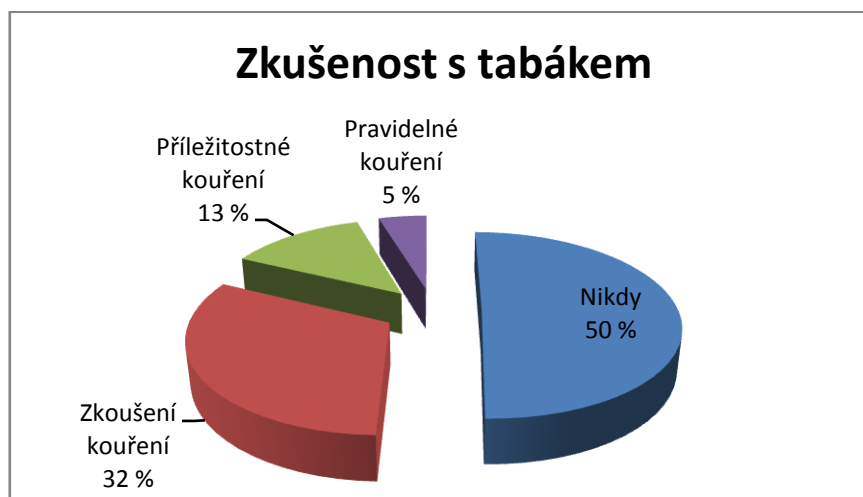
Otázka č. 4: Opil/a ses někdy takovým způsobem, že jsi nemohl/a mluvit, chodit nebo jsi druhý den měl/a výpadky paměti, ...?



Graf 4: Stav opilosti

Výzkum ukázal, že ze 129 dotazovaných se již 39 žáků (30 %) opilo do stavu, kdy nemohli mluvit, chodit nebo si druhý den nepamatovali skutečnosti z předešlého večera.

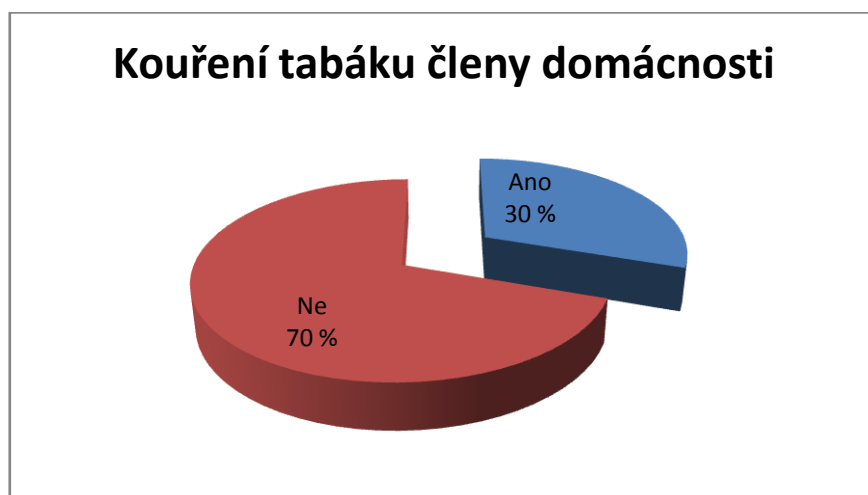
Otázka č. 5: Kouřil/a jsi někdy cigarety?



Graf 5: Zkušenost s tabákem

Alespoň jednu zkušenost s kouřením tabáku má polovina respondentů. Kouřit zkusilo 41 žáků (32 %), 17 (13 %) kouří příležitostně a 6 dětí (5 %) kouří denně, v rozmezí od jedné cigarety za den až po jednu krabičku, čili dvacet cigaret denně.

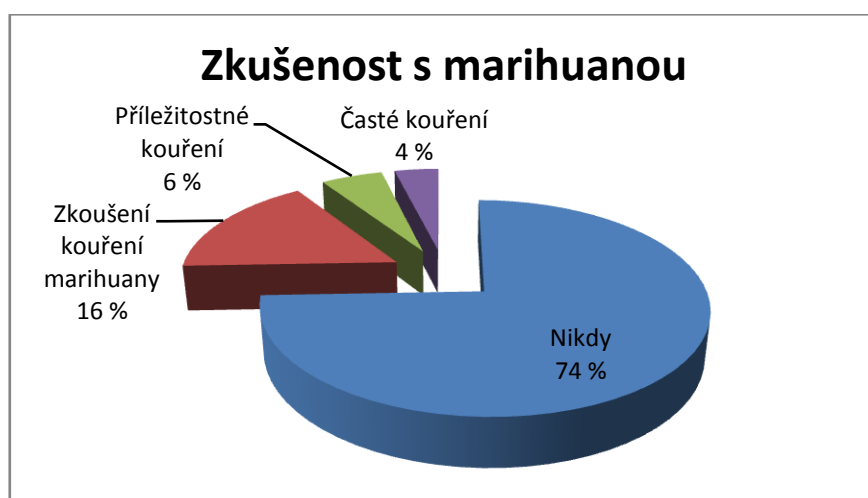
Otázka č. 6: Kouří u Tebe doma někdo?



Graf 6: Kouření tabáku členy domácnosti

39 žáků (30 %) uvedlo, že alespoň jeden člen rodiny žijící ve společné domácnosti kouří. Nejvíce byli zastoupeni rodiče, poté prarodiče a dále sourozenci.

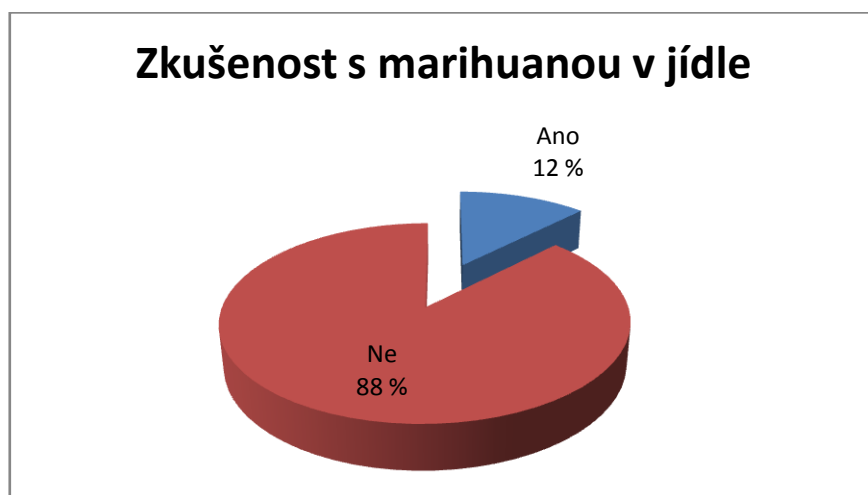
Otázka č. 7: Kouřil/a jsi někdy marihuanu?



Graf 7: Zkušenost s marihuanou

Celkem 33 žáků (26 %) má zkušenost s kouřením marihuany. 21 žáků (16 %) marihuanu zkusilo kouřit, 7 dětí (6 %) ji kouří příležitostně (maximálně jednou za měsíc) a 5 žáků (4 %) kouří marihuanu častěji, než jedenkrát měsíčně, avšak nikdo z respondentů nekouří marihuanu denně.

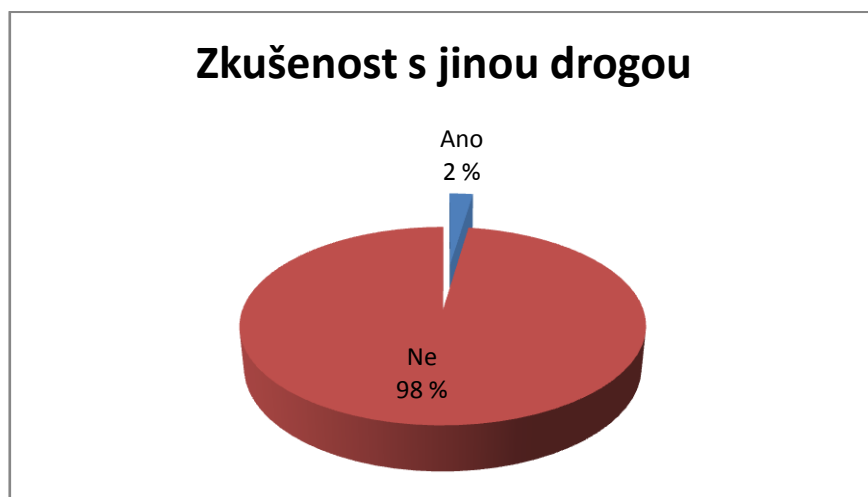
Otázka č. 8: Máš zkušenost s marihuanou v nějakém jídle?



Graf 8: Zkušenost s marihuanou v jídle

Marihuanu zpracovanou v nějakém pokrmu požilo 16 dětí (12 %), z toho 9 dětí má zkušenost i s jejím kouřením, 7 dětí má zkušenost s marihuanou pouze jejím užitím v jídle. Pokrmy s touto drogou, které žáci uvedli, jsou koláče, buchty, muffiny nebo bramboráky.

Otázka č. 9: Máš zkušenost s nějakou další drogou?



Graf 9: Zkušenost s jinou drogou

Zkušenost s jinou drogou, než je alkohol, tabák či marihuana, mají 3 žáci (2 %), z toho 1 dívka, která užila extázi a 2 chlapci, z nichž jeden má zkušenost s lysohlávkami a druhý s pervitinem.

Ověření hypotéz

Na základě výsledků z dotazníkového šetření byly hypotézy ověřeny následujícím způsobem:

- **H1: Více zkušeností s drogami na druhém stupni základní školy mají chlapci než dívky.** (Výsledky vyplývají z otázek č. 1, 3, 4, 5, 7, 8 a 9.)

<i>Zkušenost</i>	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>
Alkohol		
Ochutnání alkoholu	43 %	42 %
Příležitostné pití	38 %	38 %
Pravidelné pití (min. 1/měsíc)	13 %	12 %
Stav opilosti	29 %	32 %
Tabák		
Zkoušení kouření	33 %	29 %
Příležitostné kouření	10 %	17 %
Pravidelné kouření (denně)	5 %	4 %
Marihuana		
Zkoušení kouření	17 %	15 %
Příležitostné kouření	8 %	3 %
Časté kouření (více než 1/měsíc)	3 %	5 %
Marihuana v jídle	16 %	9 %
Jiná droga	3 %	2 %

Tabulka 1: Zkušenosti s drogami – chlapci, dívky

Alespoň jednu zkušenost s alkoholem má tedy 94 % chlapců a 92 % dívek, s tabákem 48 % chlapců a 50 % dívek. Co se týče marihuany, alespoň jednu zkušenost má 38 % chlapců (kdy 22 % chlapců pouze kouřilo marihuanu, 6 % kouřilo i pojídalo pokrm s marihuanou a 10 % má zkušenost s marihuanou pouze v jídle) a 24 % dívek (kdy 15 % pouze kouřilo, 8 % marihuanu kouřilo i pojídalo a 1 % pouze pojídalo).

Přesto, že dle výsledků mají celkově o něco více zkušeností s drogami chlapci než děvčata, průzkum ukázal, že rozdíl mezi užíváním drog chlapci a dívkami je mizivý. Tudíž nemůžeme tvrdit, že se hypotéza potvrdila.

Hypotéza se nepotvrdila.

- **H2: Žáci chodící na druhý stupeň základní školy mají více zkušeností s alkoholem než s marihuanou.** (Výsledky vyplývají z otázek č. 3, 7 a 8.)

Alkohol	
Ochutnání alkoholu	43 %
Příležitostné pití	38 %
Pravidelné pití (min. 1/měsíc)	12 %
Marihuana	
Zkoušení kouření	16 %
Příležitostné kouření	6 %
Časté kouření (více než 1/měsíc)	4 %
Zkušenost s marihuanou pouze v jídle	5 %

Tabulka 2: Zkušenosti s alkoholem, zkušenosti s marihuanou

S alkoholem má tedy alespoň jednu zkušenost 93 % žáků, s marihuanou má zkušenost 31 % žáků. Z výsledků plyne, že alkohol žáci druhého stupně základní školy užívají více než marihuanu (o 62 %).

Hypotéza se potvrdila.

- **H3: Více zkušeností s tabákem mají děti, u nichž doma alespoň jeden člen rodiny kouří, než děti, u nichž doma nekouří nikdo.**

Tato hypotéza se vztahuje k otázce č. 6. Dle odpovědí respondentů ve 30 % domácnostech přinejmenším jeden člen rodiny kouří. Alespoň jednu zkušenost s tabákem má z těchto odpovídajících 54 % žáků, zbylých 46 % zkušenost s tabákem nemá. Domácností, ve kterých se nekouří, je 70 %, z nichž zkušenost s tabákem má 48 % žáků, 52 % nikdy cigarety nekouřilo.

Z dat vyplývá, že se hypotéza potvrdila, i když pouze o 6 %. Jistý vliv rodinného prostředí na dítě se projevuje a problémem je, že si někteří rodiče neuvědomují dopad svých činů na své potomky. Pozitivním zjištěním této hypotézy je, že v případě 70 % dotázaných nikdo doma nekouří.

Hypotéza se potvrdila.

- **H4: Předpokládaným nejčastějším motivem pro užívání drog u žáků druhého stupně základních škol je parta.**

Tato hypotéza se vztahuje k otázce č. 2. Zvědavost či experiment uvedlo 35 % žáků, osobní problémy 31 %, partu zaškrtnulo také 31 % žáků a jiný motiv (nuda, nedostatečná pozornost rodičů, fajn pocit, užívání drog je frajeřina) uvedla 3 % dětí.

Jelikož mají na dospívajícího jedince kamarádi a vrstevníci velký vliv, hypotéza předpokládala, že význam party budou sami žáci vnímat jako nejdůležitější. Tato domněnka se však nepotvrdila. Vliv vrstevníků jako nejčastější příčinu užívání návykových látek uvedla pouze necelá třetina respondentů, více odpovídajících zvolilo za nejčastější motiv pro užívání drog zvědavost, experiment.

Hypotéza se nepotvrdila.

Shrnutí empirického šetření

Výsledky empirického šetření ukázaly, že nejvíce zkušeností mají žáci druhého stupně základní školy s alkoholem (93 % žáků). Druhé místo zaujímá tabák (50 % žáků) a nejméně zkušeností mají s marihuanou (31 % žáků). Minimálně jednou

za měsíc pije alkohol 12 % dětí, 5 % žáků kouří cigarety každý den, 4 % žáků kouří marihuanu častěji než jedenkrát za měsíc. Opilost pocítilo již 30 % žáků. Rozdíl v užívání návykových látek mezi chlapci a dívkami je mizivý.

Mezinárodní výzkumná studie HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children) v roce 2014 uvedla, že užívání návykových látek dospívajícími v České republice je ve srovnání s mezinárodními výsledky výzkumů nadprůměrné. Děti začínají pít alkohol už ve třinácti letech a také v tomto věku zažívají první opilost. Dle studie HBSC z roku 2010 jedna třetina patnáctiletých dokonce zažila opilost již vícekrát za život. Zpráva Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) z roku 2015 ukázala, že užívání alkoholu má u patnáctiletých jedinců vzrůstající tendenci, prevalence se dle této zprávy mezi roky 2002 až 2010 výrazně zvýšila. Velkým problémem je také časté (pravidelné) užívání alkoholu dospívajícími, ve studii HBSC v roce 2014 uvedlo pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou za týden) 5 % třináctiletých a 16 % patnáctiletých. Co se týče srovnání pití alkoholu mezi pohlavími, průzkum této bakalářské práce ukázal, že pravidelně pije alkohol 12 % dívek a 13 % chlapců, výzkum HBSC z roku 2014 uvádí větší rozdíl, a to 14 % dívek a 20 % chlapců pravidelně požívající alkohol v patnácti letech.

Zkušenost s kouřením tabáku má, dle doposud poslední studie HBSC (2014), 28 % třináctiletých a 52 % patnáctiletých. Výzkumy ukazují, že dívky mají o něco více zkušeností s kouřením cigaret než chlapci. Dle průzkumu této bakalářské práce má alespoň jednu zkušenost s kouřením cigaret 50 % dívek a 48 % chlapců, největší rozdíl je v příležitostném kouření, kdy kouří 17 % dívek oproti 10 % chlapců. Denní kouření cigaret přiznal téměř shodný počet dívek jako chlapců (4 % dívek, 5 % chlapců). Dle HBSC v roce 2010 uvedlo kouření cigaret alespoň jedenkrát za týden 28 % patnáctiletých dívek oproti 22 % patnáctiletých chlapců, v roce 2014 uvedlo pravidelné kouření 16 % dívek a 11 % chlapců v patnácti letech. Tato studie HBSC z roku 2014 ukázala, že došlo ke snížení prevalence oproti předešlým letům, i přesto se však Česká republika nachází v nadprůměru ve srovnání s ostatními zeměmi HBSC.

Užívání marihuany patnáctiletými jedinci v České republice je, dle HBSC (2014), v mezinárodních výsledcích na šestém nejhorším místě. Průzkum této bakalářské

práce ukázal, že alespoň jednu zkušenost s marihuanou má 31 % žáků (26 % marihuanu alespoň jedenkrát kouřilo, 5 % žáků užilo marihuanu pouze v jídle). Stejný výsledek ukázaly výsledky studie HBSC v roce 2010 (zkušenost s marihuanou uvedlo 31 % patnáctiletých), v roce 2014 HBSC zaznamenala snížení prevalence, kdy výsledek byl 24 %. Výzkumy dále ukazují, že se snižuje rozdíl v užívání marihuany mezi dívkami a chlapci, např. dle studie HBSC mělo v roce 2006 alespoň jednu zkušenost s marihuanou 22,3 % dívek a 27,3 % chlapců, v roce 2014 mělo zkušenost s marihuanou 24 % dívek i chlapců. Výsledky empirického šetření této bakalářské práce uvádí rozdíl větší, a to o 14 % (38 % chlapců, 24 % dívek).

Kromě těchto tří uvedených návykových látek průzkum zaznamenal pozitivní zjištění, že zkušenosti s jinou drogou tato věková skupina dětí téměř nemá, kromě tří žáků, kteří mají zkušenost s extází, lysohlávkami či pervitinem. Studie HBSC z roku 2006 uvádí jako další drogy, které se mezi patnáctiletými jedinci v menší míře mohou vyskytovat, těkavé látky a sedativa, popřípadě extázi či pervitin.

Dále se empirické šetření zabývalo vlivem rodinného prostředí na zkušenosti žáků s kouřením tabáku. V domácnostech, kde respondenti uvedli alespoň jednoho kouřícího člena rodiny, má alespoň jednu zkušenost s kouřením 54 % žáků. V rodinách, ve kterých se nekouří, má zkušenost s tabákem 48 % žáků. Problematikou vlivu rodinného prostředí na kuřácké chování dítěte se zabývaly v roce 2008 Hrubá a Žaloudíková. Výzkum prováděly ve druhých a třetích třídách základních škol. Dle výsledků jsou tři čtvrtiny dětí ovlivňovány modely kuřáckého chování denně či často. Děti, u kterých se v rodině kouří, mají snadnější přístup k cigaretám i praktické zkušenosti s nimi. Výzkum se dále zabýval výchovou a ukázal, že to, „s kým se dítě kamarádí a zda jeho přátelé kouří, sledují dvě třetiny rodičů, ostatní to nepokládají za nutné či možné“. (Hrubá, Žaloudíková, 2008, s. 138) Věnování pozornosti svým dětem, s kým a jak tráví volný čas, je v období dospívání velmi důležité, stejně tak jako být pro ně dobrým vzorem. Rodiče by si měli více uvědomovat, že děti „si jednotlivé symboly chování, včetně kouření, pití alkoholu a užívání drog, personifikují a poté se rozhodují, zda je chtějí napodobovat. ... Různí autoři se shodují v tom, že kritickým obdobím vlivu kouřících rodičů je věk dětí mezi 9. – 13. rokem“. (Hrubá, Žaloudíková, 2008, s. 136–138)

Průzkum se také zaměřil na názory žáků druhého stupně základní školy, a to na nejčastější motiv, který člověka vede k užívání drog. Nejvíce žáků (35 %) zvolilo zvědavost, experiment. V období dospívání se jedinec snaží nalézt sám sebe i právě v podobě experimentů s drogami. Hajný (2001) je toho názoru, že experimentování, zjišťování hranic a účinků psychotropních látek k období adolescence patří. Radimecký (2008) dokonce označil zvědavost, touhu po dosažení povzneseného stavu, za hlavní důvod, proč člověk začne drogu užívat. Kromě tohoto motivu dále uvádí užívání návykových látek za účelem např. léčení nemoci, podpoření a zlepšení sociální interakce, zvýšení rozkoše, rebelování či zařazení se mezi vrstevníky. Jak již bylo řečeno, na dospívajícího mají vrstevníci velký vliv. Z tohoto důvodu hypotéza 4 předpokládala, že žáci budou motiv vliv party volit nejčastěji, že se třeba již někdy setkali s tlakem od svých vrstevníků k užití nějaké návykové látky. Toto tvrzení se však nepotvrdilo, motiv označila necelá třetina žáků (31 %). Zajímavý výzkum také zmiňuje Radimecký (2008), který v roce 1985 uvedli Sheppard et al., kdy tuto problematiku zkoumali a došli k názoru, že *„se jedná o chybný koncept, protože kdyby odpovídal skutečnosti, drogy by užívalo a mělo by s jejich užíváním problémy mnohem více mladých lidí. Připouštějí sice, že tlak vrstevníků existuje, ale na základě výzkumu vedeného s účastí cca 5000 mladých lidí došli k závěru, že mu jsou mladí lidé schopni odolat – ovšem pokud chtějí. Stejně tak, pokud mladí lidé chtějí drogy užívat, dokážou si bez problémů najít skupinu vrstevníků, v níž se návykové látky užívají“*. (Radimecký, 2008, s. 30) Stejný počet žáků jako vliv party zvolilo za nejčastější motiv osobní problémy (31 %), čtyři žáci uvedli vlastní odpověď, a to nuda, nedostatečnou pozornost rodičů, fajn pocit a důvod, že užívání drog je frajeřina. Pozoruhodná je odpověď nedostatečná pozornost rodičů, která „naráží“ i na předchozí problematiku špatné výchovy a určitě je pozitivním zjištěním, že si vliv rodičů uvědomují i samy děti.

Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké zkušenosti s drogami mají žáci druhého stupně základních škol. Výsledky průzkumu ukázaly, že situace je vážná a užívání drog žáky základních škol je alarmující. Většina žáků druhého stupně základních škol má alespoň jednu zkušenost s nějakou návykovou látkou. Je děsivé, jak snadno se dítě může dostat k alkoholu a jiným drogám a strašlivé je také zjištění, že se u této věkové skupiny již objevuje pravidelné pití alkoholu a kouření tabáku.

Je jisté, že je potřeba se této problematice nadále věnovat. Děti a dospívající jsou stále ve vývinu a riziko poškození zdraví z užívání návykových látek je o to větší. V období dospívání je jedinec vůči drogám velmi zranitelný, snaží se nalézt své postavení ve světě, chce se odpoutat od rodičů a být samostatný. Ovlivňujícím faktorem se pro něho stávají kamarádi a vrstevníci a mnohdy stačí málo k experimentu s nějakou drogou. Co začalo jako experiment, se může snadno zvrtnout, jedinec začne mít problémy ve škole, doma a situace se může nadále zhoršovat a vést k dalšímu rizikovému chování.

Bohužel neexistuje žádný stoprocentní návod, jak dítě vychovávat a co všechno dělat proto, aby se nezapletlo s drogami a nedostalo se do problémů. Ovlivňujících faktorů je mnoho, od osobnosti jedince, přes působení preventivních aktivit ve škole, až po způsoby trávení volného času. Je nezbytné mapovat tuto situaci dále a pracovat s otázkami co možná nejlepší prevence a to jak ve školách, tak i v domácnostech. Někteří rodiče si neuvědomují, že je dítě vnímá jako svůj vzor a pokud často pijí alkohol či kouří cigarety, jejich potomek si může tyto negativní vzorce chování přenést do další fáze svého života.

Významnou složkou drogové prevence jsou také preventivní přednášky ve školách. Tyto přednášky by měly probíhat otevřenou diskuzí a měly by podávat pravdivé informace o pozitivních účincích i rizicích drog. Dále by školy například mohly zařadit do přednášek jedince, kteří byli závislí na nějaké droze a nyní abstinují, aby děti viděly reálný obraz světa závislosti, jak snadno se dá drogová závislost „vypěstovat“, a jak těžko se jí zbavuje. Čím více informací o drogách člověk ví, tím svědomitěji a s větším rozmyslem k nim může přistupovat.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

Literatura

- BOOTH, Martin. *Konopí: dějiny*. 1. vyd. Praha: BB art, 2004. ISBN 80-7341-348-5.
- DOSTÁL, Jan. *Identita a Cannabis*. 1. vyd. Praha: Sinceritas, 2013. ISBN 978-80-260-4251-8.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché. ISBN 978-80-247-5046-0.
- GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80-86299-70-8.
- HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9.
- KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KRAUS, Blahoslav. *Sociální deviace v transformaci společnosti*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-575-2.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. rev. vyd. Praha: Sportpropag, 2003.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: Vývojová psychologie*. 3. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- SHAPIRO, Harry. *Drogy: obrazový průvodce*. 1. vyd. Praha: Svojtka, 2005. ISBN 80-7352-295-0.
- SKÁLA, Jaroslav a Jaroslav BLAHOŠ. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986, 90 s. Novinky v medicíně.
- SOURNIA, Jean-Charles. *Dějiny pijáctví*. 1. vyd. Praha: Garamond, 1999. ISBN 80-86379-01-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

Další zdroje

Alkohol. *Prevence nemocí a podpora zdraví* [online]. ©2016 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/15-alkohol.html>

HOLCNEROVÁ, Petra. *Alkohol: Historie* [online]. [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3460/alkohol-uvod-historie-pdf>

HRUBÁ, Drahoslava a Iva ŽALOUĐÍKOVÁ. Úloha rodiny pro vývoj vybraných postojů ke kouření a kuřácké chování dětí. *Hygiena* [online]. 2008, roč. 53, č. 4 [cit. 2016-06-15]. ISSN 1803-1056. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-4-04-full.pdf>

Mýty a fakta o drogách. *Policie České republiky* [online]. ©2015 [cit. 2016-06-03]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/myty-a-fakta-o-drogach.aspx>

Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://hbcs.upol.cz/download/narodni_zprava_zdravi_ziv_styl.pdf

POKORNÝ, Lukáš. Extáze – tak trochu jiná droga. *Legalizace* [online]. 2014, (06) [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: <http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/160-extaze-tak-trochu-jina-droga?magazineId=10>

Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2015 [online]. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia České republiky, 2016 [cit. 2016-11-02]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/statistik-a-nehodovosti-900835.aspx?q=Y2hudW09Mg%3d%3d>

RADIMECKÝ, Josef. *Zapojování blízkých osob do léčby uživatelů drog v podmínkách terapeutické komunity*. Děčín, 2008. Práce byla obhájena v roce 2008 na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Školitel disertační práce Doc. PhDr. Eva Šotolová, Ph. D.

Univerzita Palackého představila alarmující výsledky největší studie o životním stylu mladé generace v Evropě [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://hbcs.upol.cz/download/tz_hbcs_olomouc_2016.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006 [online]. Praha, 2007 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1339/7/VZ-2006.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf

Zpráva OECD týkající se alkoholu z roku 2015. *Drogy-info* [online]. ©2015 [cit. 2016-06-09]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/article/novinky-nms/zprava-oecd-tykajici-se-alkoholu-z-roku-2015/>

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha A – Dotazník

Dotazník pro žáky druhého stupně základní školy

Ahoj, jmenuji se Kristýna, studuji na Univerzitě Hradec Králové a dělám průzkum o drogách na Tvé škole. Byla bych ráda, kdybys mi odpověděl/a na pár otázek a pomohl/a mi tak s výzkumem mé bakalářské práce. Všechno, co zaškrtněš nebo vyplníš, je anonymní.

1. Jsi kluk nebo holka?

- ☐ Kluk
- ☐ Holka

2. Co je podle Tebe nejčastějším motivem pro užívání drog?

- ☐ Zvědavost, experiment
- ☐ Osobní problémy
- ☐ Parta
- ☐ Jiný motiv → _____

3. Pil/a jsi někdy alkohol?

- ☐ Nikdy
- ☐ Ochutnal/a jsem
- ☐ Piji pouze příležitostně (méně než 1 x za měsíc)
- ☐ Piji pravidelně → Jak často? (1 x za měsíc, 2 x za týden, ...) _____

4. Opil/a ses někdy takovým způsobem, že jsi nemohl/a mluvit, chodit nebo jsi druhý den měl/a výpadky paměti, ...?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

5. Kouřil/a jsi někdy cigarety?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zkusil/a jsem to
- ☐ Kouřím příležitostně (na společenských akcích, ...)
- ☐ Kouřím pravidelně (denně) → Kolik cigaret za den vykouříš? _____

6. Kouří u Tebe doma někdo?

- ☐ Ne
- ☐ Ano → Kdo? _____

7. Kouřil/a jsi někdy marihuanu?

- ☐ Nikdy
- ☐ Zkusil/a jsem to
- ☐ Marihuanu kouřím příležitostně (max. 1 x za měsíc)
- ☐ Marihuanu kouřím často (více než 1 x za měsíc)
- ☐ Marihuanu kouřím denně

8. Máš zkušenost s marihuanou v nějakém jídle?

- ☐ Ne
- ☐ Ano → V jakém? _____

9. Máš zkušenost s nějakou další drogou?

- ☐ Ne
- ☐ Ano → S jakou? _____

Děkuji za Tvůj čas a pravdivé vyplnění dotazníku a přeji Ti mnoho úspěchů v Tvé budoucnosti.