

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kateřina Číhalová

Toxikomanie, alkoholismus a nikotinismus u mládeže

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Kornel Čajka, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Kateřina Číhalová

Drug addiction, alcoholism and nicotinism the youth

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. Kornel Čajka, CSc.

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 jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 11. 3. 2013

Kateřina Číhalová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Doc. PhDr. Kornelu Čajkovi, CSc. za odbornou pomoc a vedení při vypracování této diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce "Toxikomanie, alkoholismus a nikotinismus u mládeže" se zabývá problémem užívání návykových látek mládeží. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část, teoretická část obsahuje pět kapitol. Tyto pojednávají o historii a současnosti užívání návykových látek, vymezuje základní pojmy, charakterizuje vybrané druhy látek, zabývá se také příčinami vzniku závislosti u mládeže, a také prevencí užívání návykových látek. Praktická část pak řeší samotný problém toxikomanie, alkoholismu a nikotinismu u mládeže.

Klíčová slova

Alkoholismus, drogy, návykové látky, nikotinismus, prevence, toxikomanie, závislost.

Annotation

Thesis "Drug addiction, alcoholism and nicotinism the youth" deals with the problem of youth substance use. It is divided into theoretical and practical, theoretical part contains five chapters. They deal with the history and present use of addictive substances, defines the basic concepts, characterizes the selected types of substances, it also deals with the causes of addiction among youth, as well as prevention of substance abuse. The practical part solves the problem itself drug addiction, alcoholism and nicotinism age.

Key words

Addiction, addictive substances, alcoholism, dependence, drugs, nicotinism, prevention.

OBSAH

ÚVOD	9
1 HISTORIE A SOUČASNÁ SITUACE	10
1.1 Krátký pohled do historie	10
1.2 Současná situace v České republice	12
1.2.1 Drogy v číslech	13
2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	14
2.1 Toxikomanie, alkoholismus, nikotinismus	14
2.2 Návykové látky	15
2.3 Závislost	17
2.3.1 Psychická závislost	20
2.3.2 Fyzická závislost	20
2.4 Fáze vývoje vzniku závislosti	21
2.4.1 Závislost na alkoholu	21
2.4.2 Závislost na nealkoholových drogách	22
2.4.3 Závislost na tabáku	24
3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH LÁTEK	25
3.1 Alkohol	25
3.1.1 Rizika konzumace alkoholu	26
3.2 Tabák	27
3.2.1 Rizika kouření	28
3.3 Kanabinoidy	29
3.3.1 Účinky a rizika užívání	30
3.4 Stimulancia – pervitin, kokain, extáze (MDMA)	31
3.4.1 Účinky a rizika užívání	32
3.5 Opioidy – heroin	34
3.5.1 Účinky a rizika užívání	34
3.6 Halucinogeny – LSD	35
3.6.1 Účinky a rizika užívání	36
3.7 Organická rozpouštědla – toluen	36
3.7.1 Účinky a rizika užívání	37
3.8 Tlumivé léky	38
3.8.1 Účinky a rizika užívání	39
4 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI U MLÁDEŽE	40
4.1 Vliv rodiny	40
4.1.1 Správný způsob výchovy	42
4.1.2 Nevhodné přístupy ve výchově	43
4.2 Vliv vrstevníků a party	44
4.3 Další faktory ovlivňující vznik závislosti	46
4.3.1 Bio – psycho – socio – spirituální faktory	48
4.4 Jak rozpoznat problém s návykovými látkami u dítěte	49
4.5 Jak na problém (ne)reagovat	52

5 PREVENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	55
5.1 Primární prevence	55
5.2 Prevence v rodině	56
5.3 Prevence ve školním prostředí	58
6 TOXIKOMANIE, ALKOHOLISMUS A NIKOTINISMUS U MLÁDEŽE	60
6.1 Cíl šetření, stanovení hypotéz, použité metody	60
6.1.1 Cíl šetření	60
6.1.2 Stanovení hypotéz	60
6.1.3 Použité metody	61
6.2 Charakteristika výzkumného souboru	61
6.3 Presentace výsledků šetření	62
6.4 Vyhodnocení výsledků šetření	86
ZÁVĚR	87
Seznam použité literatury	89
Seznam internetových zdrojů	91
Přílohy	93

ÚVOD

Užívání alkoholu, nealkoholových drog a kouření cigaret má negativní vliv na organismus člověka a při pravidelném užívání těchto látek může dojít až k vytvoření psychické a fyzické závislosti. Hlavně u dospívajících je jejich zneužívání velmi nebezpečné, protože u nich závislost vzniká podstatně rychleji, než u dospělého člověka. Následky zneužívání psychoaktivních látek má vliv nejen na jedince samotného, ale i na jeho rodinu a nejbližší a v širším měřítku také na celou společnost, neboť tato vynakládá na léčbu závislostí nemalé finanční prostředky. Z historických souvislostí víme, že užívání látek s psychoaktivním účinkem je staré jako lidstvo samo a každá taková látka má svoji vlastní historii. V důsledku politických změn po roce 1989 došlo díky otevření hranic naší republiky ke vzrůstu spotřeby nealkoholových drog.

Důvody, proč mládež experimentuje s alkoholem drogami či zkusí kouřit, jsou různé a kolikrát velmi individuální. Může to být z neznalosti rizik s tímto jevem spojených, pouhá zvědavost, snaha uniknout před všedností reality či určitá forma protestu vůči autoritám. V případě alkoholu a tabáku to je také velmi snadná dostupnost, neboť i když je prodej těchto výrobků mládeži do 18 let zakázán, je všeobecně známo, že pro tyto není problém dané látky zakoupit. Jejich nebezpečí spočívá také v tom, že valně většině mladých konzumace alkoholu a kouření cigaret přestane časem stačit a sáhnou po jiných nebezpečných látkách. Chceme-li, aby dospívající jedinec zaujal k této problematice správný postoj a choval se zodpovědně, musí mu být poskytnuty pádné argumenty a objektivní informace o všech jejích aspektech.

Tato práce se v úvodní kapitole zabývá historií návykových látek a současnou situací v naší zemi. Druhá kapitola je věnována vymezení základních pojmů, jako je toxikomanie, alkoholismus, droga, návyková látka či závislost. Třetí kapitola charakterizuje některé nejznámější návykové látky a čtvrtá a pátá kapitola pak samotnými příčinami užívání těchto látek mládeží, vlivem rodiny a vrstevníků a také prevencí užívání návykových látek. Praktická část této práce se zabývá hlavně souvislostmi mezi znalostí mladých o návykových látkách a příčinami, proč tyto látky užívají. Pokud se týká samotného tématu práce, tak toto bylo zvoleno hlavně pro jeho neustálou aktuálnost a závažnost.

1 HISTORIE A SOUČASNÁ SITUACE

1.1 Krátký pohled do historie

V každém historickém období a každé společnosti se vyskytovala droga, kterou lidé preferovali a která si postupně získala v kultuře své místo. Členové této společnosti si na ni zvykli, naučili se s ní zacházet a do určité míry tolerovat její užívání, neboť se stala tradicí. Když se v souvislosti s historickými změnami objevila látka nová, lidé k ní zaujímali různý postoj. Jedni ji odmítali, jiní nekriticky přijímali a velmi často bylo její užívání moderní. Neznalost účinků látky, hlavně pak z dlouhodobého hlediska, mohla mít negativní následky a teprve postupem času došlo k ustálení postojů a názorů k této látce a jejímu užívání. (Vágnerová, 2008)

Lidé při své práci a pronikání do zákonitostí přírody objevili rostliny, jejichž požití podporovalo a uvolňovalo fantazii a rychle a lehce jim umožňovalo dostat se do stavu blaženosti. Alespoň přechodně jim látky těchto rostlin pomáhaly osvobodit se od pout nelákové reality. Za tyto prchavé chvílky blaženosti, které však neřešily špatnou životní situaci, musel člověk draze zaplatit, neboť si vypěstoval na omamné látky návyk. (Janík a Dušek, 1990)

Sledovat historii užívání alkoholu znamená sledovat historický vývoj lidstva. Přirozené kvašení lidé objevili pravděpodobně už v prehistorických dobách a brzy po tomto objevu následovala i výroba piva a vína ze škrobnatých a cukernatých rostlin. O výrobě vína je jako mezi prvními historickými záznamy zmínka již na egyptském papyru pocházejícím z doby 3500 před Kristem. Po celém světě ke každé soukromé, společenské i náboženské události opojné nápoje patřily. (Tyler, 2001).

Také kouření tabáku má velmi staré dějiny a vysledovat ho můžeme v Americe – kolébce tabáku. Doklady o něm jsou dochovány v památkách starých Mayů a vyvinulo se z náboženského kultu Indiánů, kteří vdechovali aromatický kouř z tabákových listů při rozdmýchávání svatých ohňů. Kouření nezpracovaných

tabákových listů vyvolávalo určitý stav opojení. Do Evropy se kouření dostalo s objevením nového světadílu v roce 1492. (Novák a kol., 1980)

Psychoaktivní účinky látek, které jsou obsaženy v listech koky, lidé v oblasti Jižní Ameriky znali již před 4 tisíci let. Pozornost Evropanů zaujala v 16. století, když si Španělé při dobývání říše Inků všimli, že domorodci snášejí velmi dobře hlad a tělesné vypětí a to hlavně proto, že žvýkají nějaké listí. (Nožina, 1997) Kokain je zajímavý tím, že jeho původní užívání – žvýkání listů s obsahem této látky – je klasickou ukázkou společností tolerovaného dlouhodobého užívání drogy spjatého s kulturou jihoamerických indiánů. Lze jej přirovnat k postoji evropské kultury vůči alkoholu. (Presl, 1995)

Přes pět tisíc let staré jsou doklady o pěstování konopí, jehož euforizující a psychoaktivní účinky znali lidé v Indii, Číně, Africe i na Středním východě. Užívání produktů konopí bylo spojené s náboženskými obřady. Hinduistickému a islámskému náboženství tyto produkty nahrazují alkohol. Do Evropy se konopí dostalo spolu s Napoleonovým vojskem, které se vracelo z egyptského tažení. (Nožina, 1997)

Lidstvo již asi šest tisíciletí zná opojné vlastnosti máku, jenž pochází z Malé Asie a byl pěstován už v dobách starých Sumerů. Opium, které se z máku získává, bylo v tehdejších časech používáno jako prostředek proti zdravotním obtížím. O zneužívání opia se ale dozvídáme až z dob druhé poloviny prvního tisíciletí př.n.l., kdy jeho účinek vyzdvihoval sám Hippokrates, ale jiní však upozorňovali na jeho nebezpečné vlastnosti. V Evropě se setkáváme s využitím makové šťávy jako léku i s jejím zneužíváním pro psychoaktivní účinky od 17. století. (Nožina, 1997)

Od pradávna lidstvo rádo požívá látky, které mu přináší pocit slasti, třeba jen přechodný, což se však neobejde bez rizika. Slast je nebezpečná, neboť zde jde o prožitek, citovou záležitost, která v mnohých posiluje tendence vedoucí k iracionalitě a nerozumu. Na slast si člověk velmi rychle zvyká, může se na ní stát závislým a to v některých případech obzvláště silně. Člověk je ovlivněn emocemi a touha po štěstí a chvilkové radosti mu zůstane, stejně tak jako konzumace látek, které mu tyto kladné emoce slibují a poskytují. (Zvěřina in Budinský, 2008)

1.2 Současná situace v České republice

V České republice kopírují trendy v oblasti užívání návykových látek celoevropský trend. V současné době došlo ke stabilizaci situace po nárůstu ve druhé polovině devadesátých let. Poprvé byl také u nás v roce 2011 zaznamenán pokles zkušeností mládeže s kanabinoidy a také pokles užívání dalších drog. I přes tento klesající trend ale patří Česká republika k zemím s největší mírou konzumace alkoholu a užívání drog, hlavně látek z konopí. (Csémy, [online], 2012)

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2011, do které se zapojilo více jak sto tisíc šestnáctiletých studentů z 36 evropských zemí, u nás alespoň jednou v životě kouřilo cigarety přes 40 % šestnáctiletých. V pití alkoholu se Česká republika umístila na nelichotivé první příčce se 79 %. Pokud se týká nelegálních drog, tak narůstající trend z let 1995 – 2003, který se zastavil v roce 2007, zůstal do roku 2011 na stejné úrovni. Z nejčastěji uváděných nelegálních drog jde o konopné látky – marihuanu a hašiš a Česká republika opět patří mezi země s vysokou prevalencí těchto látek – 42 %. Mezi další nejčastěji užívané látky pak patří extáze a amfetaminy, užívání kokainu, LSD a heroinu bylo uváděno minimálně. (ESPAD, [online], 2011)

Dne 28. 11. 2012 vzala vláda naší republiky na svém zasedání na vědomí Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Tato shrnuje nejdůležitější údaje o drogové situaci v naší zemi v roce 2011. Obsahuje nejdůležitější údaje o situaci ve věci drog v České republice a protidrogové politice. (Vláda České republiky, [online], 2012)

Za tvorbu a naplňování protidrogové politiky nese odpovědnost vláda České republiky. V platnosti jsou Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 a z průběžného hodnocení vyplynulo, že realizaci negativně ovlivnil nedostatek financí.

Míra užívání drog mezi mládeží je klesající a mezi šestnáctiletými je patrný pokles užívání pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub a v roce 2011 došlo také poprvé k poklesu v případě užívání látek z konopí. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, [online] 2012)

1.2.1 Drogy v číslech

V České republice se v roce 2011 odhadem spotřebovalo 18,2 tun drog z konopí, 4,6 tun pervitinu, 1,2 tuny heroinu, 870 kg kokainu, 4,6 milionu tablet extáze a milion dávek LSD.

Spotřeba drog z konopí je u nás pokryta hlavně díky domácí produkci, která byla v roce 2011 odhadem 16 tun, ze zahraničí byly dovezeny necelé 3 tuny. V roce 2011 zajistila policie 165 pěstíren a byl evidován vzrůst podílu osob vietnamského původu, které byly do pěstování konopí a distribuce marihuany ve větším rozsahu zapojeny.

V roce 2011 pak bylo odhadem v České republice vyrobeno 4,7 tun pervitinu. Z tohoto množství bylo asi 1,7 tuny určeno pro vlastní spotřebu výrobců, 2,9 tun pak mělo směřovat na náš trh a na vývoz bylo určeno 140 kg. Zdrojem pervitinu je hlavně domácí produkce a vyrábí se v domácích laboratořích, policie odhalila 338 varen. Výchozí látkou pro jeho výrobu sloužily léky s obsahem pseudoefedrinu a byly dováženy hlavně z Polska, Německa a ze Slovenska.

Pokud se týká kokainu, tak v roce 2011 ho bylo dovezeno asi 650 kg. Do republiky se látka dostávala prostřednictvím českých kurýrů nebo poštovních zásilek a to nejčastěji přes Itálii, Rumunsko, Španělsko, Nizozemsko a Rakousko.

Heroinem byl náš trh zásobován menšími zásilkami a v roce 2011 ho bylo dovezeno asi 375 kilogramů.

Také byly odhaleny 3 varny braunu, který před rokem 1989 byl hlavní opiátovou podomácku vyráběnou drogou z léků, které obsahují kodein.

V daném roce bylo zachyceno 35 nových psychoaktivních látek, z nichž 21 se u nás vyskytlo úplně poprvé. Tyto byly prodávány v e-shopech prostřednictvím internetu, ale také v kamenných obchodech.

Na zdravotnickou léčbu osob užívajících psychoaktivní látky bylo v roce 2010 vynaloženo celkem asi 1.633 milionů korun, z čehož 1.173 milionů bylo určeno na léčbu uživatelů alkoholu a 459 milionů na léčbu uživatelů nealkoholových drog. Tato léčba byla hrazena především ze zdravotního pojištění. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, [online] 2012)

2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

2.1 Toxikomanie, alkoholismus, nikotinismus

Toxikomanie je chorobný sklon k užívání návykových látek k dosažení určitých změn psychiky, obzvlášť euforie a patří mezi nejrozšířenější poruchy mezi mládeží a šíří se mezi stále mladší věkové kategorie. (Sovák a kol., 2000)

„Toxikomanie je chorobný stav závislosti na droze či na drogách, který je škodlivý osobnosti i společnosti“ (Riesel, 1999, s. 7)

Hartl a Hartlová ve Velkém psychologickém slovníku toxikomanií popisují jako psychickou a tělesnou závislost na určité droze. V této souvislosti je nutné vymezit také pojem *droga* a pro srovnání uvádíme výklad několika autorů. Podle Nožiny (1997) má droga v českém jazyce význam omamující, dráždivý prostředek a v odborném i obecném pojetí se jedná o nadřazený pojem, který označuje ve farmacii látky, včetně alkoholu, které se zneužívají k povzbuzení či utlumení, ke změnám nálady, vědomí a vyvolání zvláštních zážitků, jako jsou například halucinace.

„Droga je v původním významu látka rostlinného, živočišného nebo rostlinného původu určená k léčení. V přeneseném významu všechny látky s omamujícím, dráždivým účinkem, které jsou zneužívány a způsobují toxikomanií. Podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1960 je droga jakákoliv látka, která je-li vpravena do živého organismu, může proměnit jednu nebo více jeho funkcí.“ (Sovák a kol., 2000, s. 76)

Podobně jako Sovák definují drogu také Hartl a Hartlová (2010), kteří uvádějí, že se jedná o látku rostlinného nebo živočišného původu s farmakologickými účinky, která se zneužívá pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení nebo utlumení tělesných a duševních funkcí. Ovlivňuje biochemické pochody v mozku popřípadě i v centrálním a periferním nervovém systému a při jejím opakovaném užívání vzniká možnost závislosti.

Alkoholismus je chorobný návyk užívání alkoholu a jedná se o nejčastější toxikomanii s těmi nejzávažnějšími důsledky jak pro jednotlivce, tak rodinu i společnost. (Sovák a kol., 2000)

Alkoholismus je choroba, která vzniká jako důsledek nadměrného a opakovaného pití alkoholu, v důsledku něhož dochází k chorobnému návyku, ztrátě kontroly nad pitím, poruchám duševního i tělesného zdraví a také mezilidských vztahů. (Hartl a Hartlová, 2010)

Alkoholismus je chronické onemocnění, které postihuje jak osobnost jedince po fyzické i psychické stránce, tak jeho blízké. O alkoholismu lze mluvit, když závislost na alkoholu dosáhne takové síly, že škodí jedinci, společnosti nebo oběma zároveň. (Wikipedia [online], 2013)

Nikotinismus je závislost na nikotinu. „V pedagogické literatuře se tímto pojmem rozumí neovladatelný zvyk pravidelného nadměrného kouření tabákových výrobků, které obsahují prudce jedovatý alkaloid – nikotin. Nikotinismus se vyskytuje i u mládeže, zejména u mládeže mravně ohrožené a narušené a je mimořádně škodlivým činitelem pro zdravý rozvoj mladého neúplně vyvinutého organismu. Nikotinismus je součástí toxikomanie.“ (Sovák a kol., 2000, s. 209)

„Nikotinismus je nadměrné kouření tabáku, závislost na nikotinu způsobená nadměrným kouřením a charakterizovaná otravou autonomního nervového systému.“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 350)

Kouření u dětí začíná napřed jako občasné ochutnávání cigaret, ale může se stát nutností pro udržení se v partě. Nikotinismus se projevuje jako návyk na používání škodlivé látky a hovoříme o něm při pravidelném kouření i malého počtu cigaret. (Sovák a kol., 2000)

2.2 Návykové látky

Pojmem návykové látky rozumíme takové látky, které nepříznivě ovlivňují psychiku člověka, jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti, nebo sociální chování.

Látky, které mohou měnit psychický stav, se označují jako psychoaktivní látky a důsledkem jejich užívání může být:

- akutní intoxikace jako přechodná změna fyziologických i psychických funkcí,
- zneužívání, při kterém dochází k duševním nebo tělesným změnám, případně k poškození a tyto vznikají jako důsledek často dlouhodobého užívání takové látky,
- závislost, kdy míra závislosti vyznačuje pravděpodobnost jejího zneužívání, z čehož vyplývá, že člověk závislý na takové látce ji bude užívat bez ohledu na negativní důsledky. (Vágnerová, 2008)

Každou látku, přírodní i syntetickou, můžeme chápat jako drogu, když splňuje dva základní požadavky:

- má psychotropní účinek, tzn. ovlivnění prožívání okolní reality a má schopnost měnit vnitřní naladění jedince,
- může vyvolat závislost. (Nožina, 1997)

Tento dále uvádí, že látky schopné vyvolat závislost jsou všude kolem, jedná se o drogy tolerované společností a jde hlavně o alkohol. Shora uvedenou definici však splňuje i káva, čaj, tabák a nejrůznější léky, neboť i zde lze zjistit ovlivnění psychiky.

Fischer a Škoda (2009, s. 88) uvádějí: *„Za psychoaktivní látku se považuje každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost. Některé psychoaktivní látky vyvolávají závislost. Potom hovoříme o látkách návykových. Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost.“*

Návykové látky a jejich užívání s sebou nese velké riziko závislosti a současně také riziko duševních poruch a poruch chování. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize, aktualizovaná verze k 1. 1. 2013, kterou lze definovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazeny chorobné jevy dle zavedených kritérií, obsahuje mimo jiné i široké spektrum nemocí různé tíže a forem, které mají společný jmenovatel, a tím je užívání psychoaktivních látek, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékařem. Tyto jsou uvedeny v oddíle „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek“ pod značkou F10 – F19 a jejich klasifikace je následující:

- F10** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- F11** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- F12** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- F13** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- F15** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu
- F16** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- F17** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- F18** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
- F19** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (MKN 10 [online], 2013)

2.3 Závislost

„Závislost se vždy projevuje patologickou formou vztahu jedince k danému tématu. Taková osoba je tímto vztahem plně ovládána a následkem jsou pro ni ztráty psychické, sociální, morální i fyzické povahy. Může vést k celkovému sebezničení včetně patologického vlivu na nejbližší okolí. V psychiatrii to je termín syndrom závislosti; používá se ve spojení závislost drogová, alkoholová aj.“
(Sovák a kol., 2000, s. 411)

Experti Světové zdravotnické organizace roku 1957 definovali stav vyplývající z opakované aplikace určitého léku jako návyk, charakterizovaný:

- touhou, ale ne nutkáním po stálém příjmu drogy pro vyvolání příjemného pocitu;
- nedochází k tendenci, nebo jen málo ke zvyšování dávky;
- je jistý projev psychické závislosti na látce, ale není zde závislost somatická a proto nevznikají abstinenční příznaky.

Vzhledem k tomu, že tato definice vystihovala pouze část problému, komise expertů v roce 1964 doporučila užívání pro vzájemnou vazbu živého organismu a

drogy pojem závislost. Tato se pak v roce 1969 definovala jako psychický a také somatický stav vyplývající z interakce organismu a dané látky a charakterizovaný reakcemi chování a dalšími reakcemi, které obsahují nutkání danou látku používat. (Janík a Dušek, 1990)

V současné době Světová zdravotnická organizace definuje závislost jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (Ústav zdravotnických informací [online], 2013)

Vágnerová (2008, s. 548) uvádí: „*Závislost lze chápat jako životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na tuto látku. Projevuje se určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12 měsíců.*“

- Silná potřeba získat a užívat tuto látku. Tento stav bývá označován jako bažení, carving.
- Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání
- Růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek
- Abstinenční syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci. Může mít různý charakter v závislosti na typu psychoaktivní látky a může být i rozdílně intenzivní.
- Potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb. Závislý jedinec vynaloží mnoho času, energie i finančních prostředků, aby získal potřebnou dávku, droga se stala nejvýznamnější hodnotou jeho života.
- Potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu (často se o něm přesvědčil sám, uvědomuje si své potíže). Mnohdy mu její užívání vadí, chtěl by je omezit, nebo dokonce přestat, ale nedokáže to.“

Podle Riesela (1999, s. 10) je závislost „chorobnou a vystupňovanou formou návyku. Je charakterizována potřebou i nutkáním pokračovat ve zneužívání drog bez ohledu na její škodlivost. Člověk je puzen získávat drogu jakýmikoliv prostředky, aby zneužívání mohlo pokračovat. Tak postižený dosahuje intoxikace s psychickými změnami, a také se brání vystřízlivění, které je provázeno nepříjemným stavem, jež ho nutí opět drogu užít.“

Závislost na drogách znamená, že člověk, který je zneužívá, není vůči nim svobodný, vytvořil si na ně vazbu a ve vyhraněných případech lze hovořit až o „zotročení“ drogou. Na každý pád je nutností o závislosti hovořit jako o onemocnění, které má pro jedince i společnost negativní důsledky. (Nožina, 1997)

Hajný (2001) označuje drogovou závislost jako onemocnění, které je charakteristické touhou po účinku drogy, kterou nemocný jedinec užívá i přes řadu problémů užíváním způsobených. K závislosti se pak dostane přes experimentování a časem i pravidelné užívání. Řada jedinců trpí chronickou závislostí – po období abstinence upadají zpět do návyku. Zpočátku může jedinec užívání kontrolovat, ale nedělá to natolik, aby s ním přestal.

Odborníci se shodují, že závislost je vystupňovanou a chorobnou formou návyku a vzniká a vyvíjí se kombinací různých faktorů. Je výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost v čase za přispění zrychlovacích, nebo zpomalovacích prvků ze strany prostředí, společnosti, spouštěcích mechanismů a životních podmínek. Jako společný a obecný prvek při rozvoji je opakované užití látky, tzn. učení se prožívání života s drogou. Pozitivní prvotní zkušenost je pak posilujícím faktorem, stejně tak jako její dosažitelnost, snadnost užívání a společnost, jež se k tomuto jevu staví tolerantně. (Riesel, 1999)

Závislostní chování jako součást životního stylu dětí, mladistvých a mladých dospělých je fenoménem současné doby. Toto se šíří do dalších oblastí a hrozí nebezpečí, že nějaké závislosti padne za oběť každý. (Mühlpachr in Pipeková, 1998)

Dle Hartla a Hartlové (2010) je závislost neschopnost se bez něčeho obejít a jedná se o stav periodické či chronické otravy opakovaným požíváním drogy, která poškozují jak toho, kdo ji užívá, tak společnost.

2.3.1 Psychická závislost

Psychickou závislostí se podle Janíka a Duška (1990) rozumí ladění psychiky, které nutí jedince k pravidelně opakovanému nebo soustavnému užívání látky. Uživatel tak činí pro navození příjemného psychického stavu nebo k zabránění vzniku nepříjemných pocitů a rozladění.

Psychická závislost je stav, který vzniká konzumací drogy a projevuje se přáním látku znovu užívat. Může se jednat jen o přání, kterému lze odolat nebo o dychtivé, neodolatelné a opakující se nutkání drogu vzít, a to i v případě, že ji ani požívat nechce a své jednání má za nerozumné. Vznik psychické závislosti se váže na prožitky, nestačí jen pasivní konzumace látky. (Nožina, 1997) Tento dále uvádí, že psychická závislost je často závislostí na okolnostech, které požívání drogy provázely, jedná se například o dobu, prostředí, společnost nebo rituál spojený s jejím užíváním. Psychická závislost je jedním z nejsilnějších faktorů, který vede k zneužívání drogy tedy i k její opětovné konzumaci.

„Psychická závislost se projevuje ,obtížně přemožitelnou touhou vzít svou dávku drogy‘, potřebou užívat ji opakovaně a přesvědčením, že pokud by to neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává i pouhá představa, že by svou látku neměl. Závislý jedinec se naučil takto reagovat, zafixoval si, že mu droga něco přináší.“ (Dörner a Plog in Vágnerová, 2008, s. 549)

2.3.2 Fyzická závislost

Fyzickou závislost lze definovat jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou látku, který je někdy doprovázen zvyšující se tolerancí. Zvyšující se tolerance znamená skutečnost, že jedinec k dosažení stejného efektu potřebuje stále větší dávku a projevuje se při vysazení této látky abstinenčním syndromem. Jeho příznaky odvisí na druhu látky, ale prakticky vždy se jedná o neklid, napětí a vegetativní potíže jako třes a zvýšené pocení. (Berkow a kol., 1996, Rahh a Mahnkopf, 2000 in Vágnerová, 2008, s. 549)

„Fyzická závislost na droze je stavem organismu vzniklým zpravidla dlouhodobějším a častým požíváním drogy (byť u některých drog může jít dokonce

o krátkodobou konzumaci trvající několik týdnů, výjimečně i dnů). Organismus fyzicky závislý na droze se jí přizpůsobil, vytvořil si ‚pseudopotřebu‘, zahrnul ji do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou – abstinenčními příznaky – i když mu toto přerušení přísunu, ‚vysazení‘ drogy, vlastně prospívá.“ (Nožina, 1997, s. 12)

Fischer a Škoda (2009) popisují fyzickou závislost jako rozvoj nepříjemných tělesných příznaků, jako je třes, pocení, křeče či průjem, které se objevují po prudkém snížení nebo vysazení pravidelné dávky látky. Tento stav se vyskytuje po dobu několika dnů, nejvýše týdnů. Hovoří o souboru příznaků, které mají komplexní charakter a označují je jako psychosomatickou závislost.

2.4 Fáze vývoje vzniku závislosti

2.4.1 Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu vzniká následkem jeho pravidelné a dlouhodobé nadměrné konzumace, rozvoj trvá často několik let a délka tohoto vývoje je dána individuálně. U mladistvých se však rozvíjí mnohem rychleji, a to již v řádu měsíců. (Vágnerová, 2008)

Skála (1986) v této souvislosti napsal, že doba vzniku závislosti na alkoholu trvá 5 – 15 let, avšak u mladistvých tomu je 15 – 18 měsíců. Také Nešpor a kol. (1999) uvádějí, že v období dospívání se závislost na alkoholu rozvíjí podstatně rychleji.

Konzumace alkoholu je zpočátku příjemná, ale pokud k ní dochází pravidelně, výrazně mění psychiku člověka. Ten nejprve pije, aby se zbavil špatné nálady, myšlenek na problémy či úzkosti, ale při vytvoření závislosti se tato špatná nálada dostaví, když abstinuje, čímž se uzavírá kruh. (Marhounová a Nešpor, 1995)

Vývojová stadia závislosti zpracoval psychiatr Jellinek a jeho klasifikace je obecně přijímána odborníky u nás i v zahraničí:

➤ Stadium iniciální, počáteční

Jedinec se ničím neliší od okolí, alkohol pije kvůli jeho psychotropním účinkům. Ve stavu intoxikace překonává své stresové a neřešitelné situace, postupně konzumaci zvyšuje a jeho tolerance k alkoholu roste.

➤ *Stadium prodromální, varovné*

Z rostoucí tolerancí dochází ke stále vyšší hladině alkoholu v krvi, jedinec upřednostňuje pití potají, s předstihem a alkohol konzumuje rychleji, než jeho okolí. Stává se citlivým na jakoukoliv komunikaci na téma alkohol, začínají se u něj objevovat „okénka“, což znamená, že si průběh požívání alkoholu nepamatuje. Současně se u něj prohlubuje pocit viny a zvyšuje snahu ovládnout účinky alkoholu. Toto stadium je na hranici možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a řešením původu problémů.

➤ *Stadium krucální, rozhodné*

Stále roste tolerance, ale dochází ke změně kontroly nad pitím, alkohol se již stal součástí metabolismu. Dochází k narůstání konfliktů s okolím z důvodu častých zjevných opilostí. Postižený buduje systém zdůvodnění, svůj problém se snaží racionalizovat a tím sobě i okolí zdůvodňovat a omlouvat své pití. Toto Jellinek nazývá jako alkoholocentrické chování, u jedince dochází k úpadku povinností, zájmů i koníčků.

➤ *Stadium terminální, konečné*

Typickou známkou tohoto stadia je nepříjemný stav po vystřízlivění, jedinec se uchyluje k tzv. ranním douškům, které však přecházejí až v několikadenní konzumaci. Zde také dochází k celkovému úpadku osobnosti. (Mühlpachr in Pipeková, 1998)

2.4.2 Závislost na nealkoholových drogách

Riziko vzniku závislosti na drogách je v období dospívání nejvyšší, kdy se obecně zvyšuje tendence experimentovat, mladiství nemají zkušenosti a náhled na vlastní zranitelnost. Závislost na drogách vzniká rychleji než na alkoholu, což je důvodem nižšího věkového průměru závislých na drogách. (Vágnerová, 2008)

Stejně jako u užívání alkoholu dochází v období dospívání k závažnějším důsledkům užívání jiných návykových látek, protože dochází i k narušení rozvoje osobnosti, mechanismů autoregulace a osvojování sociálních dovedností. Přerušuje se psychosociální vývoj a proto je obtížná i náprava.“ (Vágnerová, 2008)

„Vznik závislosti na nealkoholových látkách bychom mohli postihnout jako proces komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti. Závislost na drogách nevzniká náhle, ve většině případů tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích. K rozvoji závislosti dochází v mnohem kratší době, než je tomu u alkoholu.“ (Fischer a Škoda, 2009, s. 104)

Mühlpachr (in Pipeková, 1998) uvádí, že obzvlášť u adolescentů není přesné vymezení hranice mezi návykem a závislostí a je velmi obtížné rozhodnout, co je a co není možné jako závislost diagnostikovat.

Vágnerová (2008) popisuje následující fáze vývoje vzniku závislosti:

Fáze experimentování a občasného užívání

Impulzem k tomu, aby dospívající jedinec vyzkoušel drogu, může být zvědavost, nuda, potřeba zkušenosti něčeho vzrušujícího a tabuizovaného. Jako spouštěč může fungovat třeba zátěžová situace, nebo problém, se kterým si neví rady, nebo před kterým se snaží uniknout.

Fáze pravidelného užívání

Když bude drogu užívat stále častěji, dojde u něj k vytvoření určitého stereotypu chování. V této fázi již nepopírá, že toto dělá, ale popírá riziko svého jednání. Závažnost takového chování si nechce připustit a přitom má snahu přesvědčit sám sebe a také své okolí, že sice občas něco užívá, ale má to pod kontrolou. Tato iluze kontroly je typická pro počátek závislosti a tuto navíc signalizují i změny v chování a úbytek zájmů.

➤ *Fáze návykového užívání*

S prohlubující se závislostí je jedinec stále lhostejnější ke všemu, co se drogu netýká, ztrácí motivaci a mění své hodnoty. Svůj návyk se už nesnaží zakrývat, neboť na to nemá čas ani energii, navíc mu stále méně záleží mínění druhých. Droga jej sice už nepovznáší, ale je stále více potřebná a už se bez ní nedokáže obejít.

➤ *Fáze terminální*

Nadužívání návykových látek člověka poškozují jak biologicky tak sociálně a projevuje se porušením tělesného i duševního zdraví. Zde dochází k celkovému úpadku osobnosti a také se rozpadají jeho sociální vazby. Závislý člověk je

naprosto nespolehlivý a bezohledný, neboť jeho jediným zájmem je pouze získání potřebné dávky drogy a neohlíží se na způsob, jakým si ji opatří.

2.4.3 Závislost na tabáku

Běžný kuřák si ke své cigaretě termíny jako drogová závislost, toxikománie, návyk na drogu zcela určitě nepřihradí. Nikotin, který je obsažen v tabákových listech, je však drogou, na kterou vzniká návyk a závislost. Na počátku cesty k návyku je radost z opojení, z nové zkušenosti. (Novák a kol., 1980)

Mühlpachr (in Pipeková 1998) dělí kuřáky dle Schmidta na následující typy:

➤ *Příležitostný kuřák*

Kouří občas, necítí potřebu, a když se objeví, tak ji uspokojí, pokud ne, nedochází k žádným komplikacím.

➤ *Návykový kuřák*

Kouří ze zvyku, ale psychodynamické procesy u něj nejsou až tak fixovány, aby se u něj vyvinula psychická závislost. S kouřením může přestat bez větší námahy.

➤ *Kuřák s psychickou závislostí*

Zde patří kuřáci z prožitku, u nichž je v popředí vůně, chuť a ceremoniál spojený s kouřením. Sem je možno zařadit i ty, které motivuje prožívané uvolnění, uklidnění, odstranění nepříjemného emocionálního ladění a pocitů prázdnoty.

➤ *Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí*

Kuřák vyhledává farmakodynamické účinky nikotinu pro emoční prožitky a na tělesnou závislost upozorňuje při absenci kouření pocení, neklid, třes, bušení srdce.

3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH LÁTEK

3.1 Alkohol

Alkohol je jednoduchá chemická látka snadno pronikající k orgánům v těle. Její obsah v nápojích je asi od 2 – 3% v pivě do zhruba 40% v destilátech. V jednom dvanáctistupňovém pivu je téměř stejně alkoholu jako ve 2dcl vína nebo v 0,5dcl destilátu. (Nešpor a Csémy, 1993)

V naší současné společnosti lze alkohol označit jako jednu z nejčastěji užívaných psychoaktivních látek. Jedná se o látku, kterou lidé obvykle konzumují ve skupině, ritualizovaně při přípitcích na oslavách. Požívání alkoholu má dlouhou tradici a společnost je k jeho pití tolerantní a tento postoj se mění většinou jen při jeho nadměrné konzumaci nebo při vzniku závislosti. Obvykle uvolňuje psychické napětí, dodává sebejistotu a zlepšuje náladu, s jeho konzumací mohou však převládnout také negativní prožitky jako je smutek nebo záživací problémy, v menších dávkách stimuluje a odstraňuje zábrany. Ve větších dávkách mívá účinek tlumivý. Závislost vzniká při jeho dlouhodobém a pravidelném nadužívání a rozvíjí se zpravidla několik let, u mladistvých někdy již za několik měsíců. (Vágnerová, 2008)

Alkohol se často pije jako doplněk jídla a v některých zemích jde dokonce o ustálený zvyk. Při společenských akcích nebo jako doplněk jídla je alkohol požíván v dávkách, které nemají zásadní vliv na fyzickou a psychickou činnost člověka, jedná se tedy o jeho pití v takovém časovém odstupu, že se nevytváří závislost. Jestliže je jeho konzumace pravidelná a v nadměrném množství, dochází po určité době k vytvoření závislosti. (Janík a Dušek, 1990)

Skála (1988, s. 35, 37) uvádí: „*Požívání alkoholických nápojů je doplňkem jídla, doprovází nejrůznější společenské zvyklosti a setkání, je vědomým vyhledáváním alkoholu a jeho účinků na nervový systém, tj. především na psychickou činnost člověka. Požívání alkoholu snižuje v člověku napětí a úzkost. Jestliže jedinec bude požívat alkohol právě proto, aby snížil tuto úzkost a napětí, vytvoří v sobě návyk, který bude muset posilovat alkoholem stále častěji.*“

Oblibu alkoholu spatřujeme v jeho schopnosti zbavit člověka jeho zábran v chování a v dodání dobré nálady. Tím si můžeme částečně vysvětlit, proč je společností snadno tolerován: „*požívání alkoholu je neměnná zkušenost, která může přinést nespoutané veselí nebo i agresivitu, ale nikdy se nespojuje s opravdu novým způsobem myšlení a jednání. Dalším důvodem, proč je alkohol akceptován, je, že tady byl odjakživa. Sahá hluboko do dějin lidstva, našel si pevné místo a nemůže být vykázán.*“ (Tyler, 2000, s. 25)

3.1.1 Rizika konzumace alkoholu

Největší problém alkoholu spočívá právě v zakořenění tradice jeho užívání a díky tomu také jeho tolerance ve společnosti, neboť mnoho lidí jej za drogu nepovažuje. Jeho účinek je velmi nebezpečný, již malá dávka u dětí a mladistvých může vyvolat otravu, protože tito nejsou vzhledem k tělesné hmotnosti schopni jej v těle dostatečně rychle odbourat. Při jeho nadměrném užívání vykazuje obdobné příznaky jako každá jiná návyková látka a hrozí nebezpečí závislosti, což souvisí také s tím, že řadě mladistvých je téměř bez problémů dostupný. (Nešpor a Csémy, 1993)

„*Podle materiálů Světové zdravotnické organizace připraví právě alkohol lidstvo ze všech drog o nejvíce let života. Ředitelka Světové zdravotnické organizace Dr. Brundtlandová uvedla, že celosvětově je třeba přičíst alkoholu 5 % všech úmrtí osob ve věku 15 – 29 let. V evropském regionu tvoří úmrtí v důsledku požívání alkoholu u mužů ve věku 15 – 29 let čtvrtinu všech úmrtí (ve střední a východní části Evropy je to dokonce celá třetina úmrtí!).*“ (Nešpor a Csémy, 2002, s. 5)

U dětí a mladistvých může stejná dávka alkoholu, kterou by požil dospělý, způsobit nevratné poškození orgánů. Toto je zapříčiněno dosud se vyvíjejícím organismem dětí a mladistvých, jejichž tělo se neumí s alkoholem vypořádat, metabolizovat jej a odbourat jako u dospělého. Z tohoto důvodu nelze pro děti a mladistvé hovořit o žádném bezpečném množství dávky alkoholu. (Hanzlovský [online], 2012)

„Největší rizika alkoholu představují častější úrazy, pády, popáleniny, pořezání, tělesné nemoci – např. jaterní, trávicího systému, vysoký krevní tlak. Duševní nemoci, například delirium tremens nebo povahové změny. Alkoholová epilepsie. U destilátů riziko otravy alkoholem (u dětí i po relativně malých dávkách). Zhoršuje průběh mnoha běžných onemocnění, např. cukrovky.“ (Nešpor, 1994, s. 28)

Další riziko alkoholu spočívá v jeho kombinaci s tlumivými léky a marihuanou. Účinky takové kombinace na jednání a myšlení dospívajícího jsou dramatické a těžko předvídatelné a zvyšují riziko nebezpečného jednání. Navíc kombinace alkoholu s tlumivými léky násobí riziko těžké otravy. Vzestup spotřeby alkoholu a tabáku u takového jedince může být varovnou známkou přechodu na jiné drogy, protože tento si zvykne ovlivňovat svoji psychiku alkoholem a následně zjistí, že alkohol jako droga má své meze a zvyšování dávek nepřináší kýžený efekt. Zde pak dochází k přechodu na jiné návykové látky. (Nešpor, Csémy, 2002)

Vybraná okamžitá rizika: otravy, úrazy, rvačky, dopravní nehody.

Časově vzdálenější rizika: kožní nemoci, nemoci jater a žaludku, epilepsie, vysoký krevní tlak, cukrovka, povahové změny a duševní nemoci, rizika nádorů jícnu, hltanu a jater, u žen nádory prsních žláz, oslabení imunity. (Nešpor a kol., 1999)

3.2 Tabák

V České republice způsobí tabák denně více než šedesát předčasných úmrtí. Spolu s alkoholem bývá v našich podmínkách první návykovou látkou, s níž se dítě setká nebo kterou mu někdo nabídne. (Nešpor a Csémy, 2002)

Tabák pochází ze sušených listů kultivovaného druhu rostliny *Nicotiana tabacum* a jeho původní vlastí je Amerika. Jeho účinky se neprojevují tak rychle a dramaticky, ale jsou citelné, patří mezi návykové drogy. (Tyler, 2000; Mühlpachr in Pipeková, 1998)

Kouření nepůsobí okamžité poruchy chování a devastaci osobnosti tak, jak to vidíme u jiných drog, a pravděpodobně proto je jeho nebezpečí všeobecně

podceňováno. Mezi účinné a škodlivé látky kromě nikotinu tabák obsahuje kyanovodík, amoniak, kysličník uhličitý, metan, sirovodík či metylalkohol. (Riesel, 1999)

V tabáku je obsaženo více jak tisíc různorodých chemických sloučenin, a právě nikotin je s nejméně psychotropními účinky. Působí změny nálad, redukuje stres a zvyšuje výkon jedince. (Fischer a Škoda, 2009)

Účinnou látkou v tabáku je nikotin, který je přímo vzorovou drogou. Je návykový, toxický a má psychotropní účinky. Je to prudký jed, ke smrtelné otravě postačí 50 mg látky, což je množství, které obsahuje jedna cigareta. Z této se při kouření vstřebávají asi 2 mg nikotinu, při vdechování kouře se toto množství zvyšuje až osmkrát. Asi u 50 % osob, které začaly kouřit, přechází kouření v návyk a přechod návyku v závislost závisí na množství zneužívané látky, a také na dalších okolnostech. (Riesel, 1999)

K prevenci užívání alkoholu a jiných návykových látek je nutná především prevence kouření, protože toto uvádí dospívající do světa drog. Blízko pravdě je pak tvrzení, dospívající, kteří nikdy nezačali kouřit, málokdy užívají jiné drogy. (Riesel, 1999)

„S kouřením se běžně začíná obvykle již v mladém věku kolem deseti let. Ve školách se kouření stává závažným problémem věkových skupin jednak kolem 10 roků, jednak mezi 13. – 14. rokem. V tomto vyšším věku se o kouření pokoušejí hlavně děvčata. V době, kdy děti opouštějí základní školu, téměř čtvrtina jich nepravidelně kouří a každé druhé dítě kouřit zkusilo.“ (Janík a Dušek, 1990, s. 53, 54)

3.2.1 Rizika kouření

Hlavním rizikem pro kouřícího jedince jsou choroby, u nichž se kouření prokázalo příčinou – rakovina plic, bronchitida, srdeční a cévní onemocnění. Existují však další nemoci, se kterými je kouření spojováno, a to např. rakovina úst, hrtanu, jícnu, močového měchýře, slinivky břišní, ledvin, astma. (Tyler, 2000)

„Kouření cigaret způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího

ústrojí, a je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů.“ (Sovinová [online], 2010)

Když si někdo zvykne ovlivňovat svoji psychiku kouřením, může mu to usnadnit přechod k jiným návykovým látkám, neboť většina z nich, včetně například heroinu, lze kouřit. Zneužívání tabáku, alkoholu a jiných návykových látek souběžně, není nijak výjimečné. Drtivá většina pacientů závislých na alkoholu, heroinu nebo pervitinu je zároveň kuřáky, často od dětství. (Nešpor a Csémy, 2002)

Mezi rizika kouření je nutné zařadit také pasivní kouření – vdechování kouře z cigaret, jímž jsou ohroženy hlavně děti. Pasivní kouření vyvolává u dětí záněty průdušek, může zhoršovat astma a tyto častěji trpí záněty středního ucha. Dítě, které žije v domácnosti s bezohledným kuřákem, zatěžuje své tělo dávkou zhruba dvou cigaret denně, i když samo nekouří. (Nešpor a Csémy, 2002)

Vybraná okamžitá rizika: lehčí otrava nikotinem u začátečníků projevující se nevolností.

Časově vzdálenější rizika: onemocnění srdce a cév, nádory, horší tělesná výkonnost, onemocnění žaludku, nádory, astma, záněty dýchacích cest. (Nešpor a kol., 1999)

3.3 Kanabinoidy – marihuana, hašiš, hašišový olej

Základní surovinou, z níž se získávají látky kanabisového typu, je jednoletá dvoudomá bylina *Cannabis sativa*, česky konopě setá, která v horních listech keřů a květech obsahuje velkou koncentraci kanabinoidů, ze kterých je nevýznamnější delta-9-tetrahydrocannabinol, jinak také THC. Právě tento má většinu psychoaktivních účinků typických pro konopí. (Nožina, 1997)

Marihuana a hašiš jsou dvě podoby této rostliny. V dnešní době je marihuana mnohem silnější, než tomu bylo dříve, protože obsahuje vyšší procento aktivní složky THC. Jedná se o směs sušených listů a obvykle obsahují větvičky a semena. Marihuana se kouří buď samostatně v ručně stočených cigaretách, nebo v cigaretách společně s tabákem, případně v dýmkách. Množství THC se pohybuje

mezi 1 – 2%, ale některé nové odrůdy dnes obsahují i 6 – 10%. (Nožina, 1997; Dimoff a Carper, 1994)

Hašiš je získáván z pryskyřice, která prosakuje z listů a květů v horních částech rostliny. Tato pryskyřice se sbírá a hněte do různých tvarů, před vyschnutím se chrání zabalením do listů nebo celofánů, neboť po vyschnutí má tendenci se drolit. Zbarvena je od odstínů hnědé přes tmavě zelenou až černou barvu. Hašiš se kouří s tabákem v cigaretách, ve speciálních malých dýmkách, vodních dýmkách a je možné jej užít i do jídla nebo nápojů. Koncentrace THC v hašiši je asi pětikrát vyšší než v marihuaně. Konopné drogy užívané u nás nejčastěji pocházejí z rostlin pěstovaných v naší republice a část je dovážena ze zahraničí. (Nožina, 1997, Hajný 2001)

Dalším produktem z konopí je *hašišový olej*, což je kanabisový derivát s obsahem asi 20% THC. Jedná se o lepkavou a hustou hmotu barvy tmavohnědé až černé. K dosažení efektu postačí 1 – 2 kapky na cigaretový filtr nebo smíšené s tabákem. Olej se vyrábí vařením rozdrceného hašiše v rozpouštědle, např. v alkoholu, čímž se odstraní pevné částice a následným odpařením tohoto rozpouštědla. (Nožina, 1997, Tyler 2000)

3.3.1 Účinky a rizika užívání

Účinek intoxikace kanabinoidy se projevuje zpomaleným vnímáním času, zostřením smyslového vnímání. Dostaví se pocity zvýšené sebedůvěry a zvýšené tvořivosti, avšak tyto nedoprovází skutečné zlepšení výkonu. Také dochází k poruchám koordinace psychomotoriky a krátkodobé paměti. Tolerance na kanabinoidy se vytváří rychle. Abstinenční příznaky jsou málo časté a nejsou výrazné, obvykle se projeví pouze stresem a napětím. (Fischer a Škoda, 2009)

Jako hlavní účinky uvádí Hajný (2001, s. 17): „euforie, zkreslené vnímání času, prostoru a barev, zhoršení koordinace a následný pocit hladu.“

Důvod, proč se po vysazení neobjeví odvykací potíže nebo proč jsou jen slabé, je ten, že THC se při chronickém užívání hromadí v tukové tkáni, odkud se při abstinenci pozvolna vyplavuje, čímž nedochází k jejímu náhlému vymizení

z organismu. Proto je látka prokazatelná i týdny po poslední dávce. (Nešpor a Csémy, 2002)

„Závislost na marihuaně vzniká pomaleji než na pervitinu nebo heroinu u části uživatelů však k ní dochází. Právě děti a dospívající jsou závislostí na konopí více ohroženi, zejména když se dostali do obtížné životní situace nebo mají duševní problémy. Právě nevyrovnaným lidem s duševními problémy může být konopí nebezpečné i jinak a jejich potíže ještě zhoršit.“ (Nešpor a Csémy, 2002, s. 8)

Mezi největší rizika užívání drog z konopí Nešpor (1994) dále řadí zvýšené nebezpečí úrazů a dopravních nehod, chronické záněty dýchacích cest, spojivek a hltanu, změny v povaze a citové otupění, ztrátu hodnot a možnost rozvoje duševních nemocí, jako je např. schizofrenie. Tento dále uvádí o polovinu větší obsah rakovinotvorných látek a s tím související zvýšené riziko vzniku rakoviny. Také se zmiňuje o oslabeném imunitním systému, zhoršené paměti, schopnosti rozhodování a postřehu.

Vybraná okamžitá rizika: poruchy paměti, horší postřeh, dopravní nehody, úrazy, duševní poruchy.

Časově vzdálenější rizika: nemoci dýchacích cest a plic, nádory, nezáměr, zhoršená paměť, kolísání nálad, špatné soustředění a školní prospěch, citové otupění, záněty spojivek a hltanu, oslabení imunitního systému. (Nešpor a kol., 1999)

3.4 Stimulancia – pervitin, kokain, extáze (MDMA)

Stimulancia, psychomotorické stimulanty, nebo také budivé látky, jsou skupinou chemicky různorodých látek vyvolávající tělesné a duševní povzbuzení. Jejich užití způsobuje také určitou míru stimulace organismu od pocitu svěžesti po nekontrolovatelnou extázi. Mezi nejvýznamnější zástupce v této skupině drog jsou pervitin a kokain. (Minařík [online] © 2003 – 2013)

Pervitin je v České republice nejrozšířenější problémově zneužívaná látka. Jeho pravidelní uživatelé představují asi dvě třetiny všech uživatelů drog na našem území. (Zábranský, 2003)

Vstupním produktem pro jeho výrobu je efedrin, jenž lze získat z různých léků a který se dále za užití dalších chemických látek změní na metamfetamin – pervitin. Hlavní způsob zneužívání této látky je nitrožilní, ale může se taktéž šňupat. (Nožina, 1997; Hajný 2001)

Kokain je vyráběn z listů koky, které se zpracovávají na pastu – kokainovou bázi, která je pak následně chemicky přeměňována. V základní formě to je bílý prášek, který se užívá šňupáním. (Nožina, 1997)

Zneužívání kokainu je u nás okrajové z důvodu jeho vysoké ceny za gram a proto jej užívají spíše movitější skupiny lidí. (Minařík [online] © 2003 – 2013)

Také Záborský (2003) uvádí, že pravděpodobnou příčinou menšího výskytu zneužívání kokainu je přítomnost obdobně působícího, ale mnohonásobně levnějšího pervitinu, který má v naší republice dlouhou tradici a doba jeho působení je delší.

Extáze (MDMA) je syntetická látka derivovaná z amfetaminu a má účinek na pomezí stimulancií a halucinogenů. Její užití je spojeno s návštěvami diskoték a příležitostmi stimulovaných hudbou, proto je populární hlavně u mládeže. Po užití jedinec většinou intenzivně tančí, někdy až do úplného vyčerpání, neboť toto nepocituje nebo je pocit přehlušen prožitky příjemnými. (Nožina 1997; Minařík [online] © 2003 – 2013)

3.4.1 Účinky a rizika užívání

Obě dvě tyto látky mají obdobné účinky, ale pervitin na rozdíl od kokainu působí déle, u nás se zneužívá mnohem více a jeho cena je mnohem nižší. Obě látky však velmi rychle vyvolávají závislost a jejich užívání může vést k závažným psychickým poruchám a tělesnému chátrání.“ (Nešpor a Csémy, 2002)

„Pervitin i kokain působí výrazně aktivačně, často do té míry, že si intoxikovaný počíná nesmyslně a nebezpečně a je neklidný. Myšlení bývá zrychlené a zmatené, zrychluje se tep, někdy se objevují i halucinace nebo pocity pronásledování. Po odeznění účinku drogy nastává útlum, spavost a deprese.“ (Nešpor a Csémy, 2002, s. 14)

Stimulancia zvyšují bdělost, pozornost a výkonnost, zrychlují metabolismus a tepovou frekvenci. Dostavuje se veselí a euforie a také trysk myšlenek. Ohrožena je hlavně mládež, které po těchto látkách může sáhnout v době zvýšených požadavků na výkon, třeba při učení na zkoušky nebo v časovém stresu. (Fischer a Škoda, 2009)

Hajný (2001) pak mezi hlavní účinky kromě euforie uvádí hyperaktivitu, nespavost, nechutenství, zrychlenou řeč a myšlení. Tento dále za hlavní zdravotní rizika užívání řadí ta, která souvisí s intravenózním užíváním a to je přenos infekčních nemocí jako žloutenka typu C a HIV. (Hajný, 2001)

Při jejich dlouhodobém užívání je jedinec více náchylný k nemocem, dostávají se u něj bolesti hlavy, poruchy vidění a srdeční poruchy a může dojít i k postižení mozku. Při předávkování pervitinem hrozí smrt hlavně z důvodu postižení srdce, otoku plic, poškození jater, selhání ledvin a krevního oběhu. Podání látek z této skupiny způsobuje prudký vzestup krevního tlaku, v důsledku něhož může dojít k mozkové mrtvici, srdečnímu selhání či infarktu. (Nešpor a Csémy, 2002)

Po užití extáze, která se vyskytuje buď v kapslích, nebo tabletách, se asi po půl hodině dostaví pocit příjemného tělesného tepla s prohloubením vzájemného porozumění, empatie, pocitů radosti a solidarity. Mohou se dostavit mírné halucinace a také přehřívání organismu. Mezi některá zdravotní rizika užívání patří zhoršení paměti, emoční otupělost a hlavně kolaps způsobený dehydratací a zvýšenou aktivitou při tanci. (Nožina 1997; Hajný 2001)

„Po odeznění účinků MDMA se poměrně často objevují deprese a někdy i sebevražedné myšlenky nebo tendence. Nebezpečnost drogy ještě pronikavě roste při kombinaci s jinými látkami, např. hašišem nebo alkoholem. Kombinace MDMA a alkoholu vede navíc často k agresivitě“ (Nešpor a Csémy, 2002)

Vybraná okamžitá rizika: předávkování, rychlý rozvoj závislosti, úrazy, paranoia, nebezpečné jednání, nepředvídatelný účinek, otravy, ztráty tekutin.

Časově vzdálenější rizika: deprese, problémy s pamětí, poškození duševního zdraví, srdce, ledvin, jater, nervového systému, poruchy spánku, problémy s pamětí, u těhotných žen riziko poškození plodu. (Nešpor a kol., 1999)

3.5 Opioidy - heroin

„Opioidy (v češtině se rovněž používá výraz opiáty) jsou sloučeniny extrahované z máku setého (Papaver somniferum) a jejich deriváty. K zneužívaným látkám této skupiny patří opium a morfin, dále jejich deriváty heroin, braun, ale i pethidin (Dolsin), metadon apod.“ (Fischer a Škoda, 2009, s. 107)

Heroin je nejvýznamnějším zástupcem skupiny opiátů a ve větším rozsahu se k nám dostal až po roce 1989, jeho užívání bylo do té doby výjimečné. V předlistopadové éře byl podomácku z kodeinu vyráběn braun, který následně heroin nahradil. Mezi deriváty opia se vyznačuje největší návykovostí, při intravenózní aplikaci vzniká návyk již po pár dávkách. Vyskytuje se ve dvou hlavních formách, a to jako bílý prášek a hnědý cukr, což závisí na způsobu jeho získávání. (Minařík [online] © 2003 – 2013; Nešpor a Csémy, 2002; Nožina, 1997)

3.5.1 Účinky a rizika užívání

Účinek heroinu má individuální charakter, po jeho užití jedinec obrací pozornost do svého nitra, je oslabeno vnímání bolesti, myšlenkové procesy jsou zpomaleny. Dosahuje stavu klidu, dochází k zeslabování vnitřního napětí a pocitu úlevy od problémů a stresu. Při aplikaci intravenózně se kůže rozlévá pocit tepla, má euforický, analgetický a zklidňující efekt. (Nožina 1997; Fischer a Škoda, 2009).

Heroin také vyvolává euforii, tato ale není spojena s povzbuzením a aktivitou, jeho účinek je spíše tlumivý. Uživatel je více pohroužen ve svém světě než uživatel pervitinu, který je naopak značně komunikativní. (Hajný, 2001)

„Jestliže je heroin podán nitrožilně, je popisovaný efekt téměř okamžitý a značně intenzivní. Dochází ke krátkému, zpravidla 10 – 15 minutovému stavu, nazývanému ve slangu heroinomanů flash (záblesk), který se vyznačuje návaly intenzivní, absolutní radosti, doprovázené pocity vřelé srdečnosti a uvolnění, procházejícími celým tělem.“ (Nožina, 1997, s. 21)

Při zneužívání heroinu hrozí různé jak bakteriální tak virové infekce s velmi vážnými následky, nejzávažnější je pak nákaza virem HIV. Hlavním rizikem je

vznikající závislost, která se projevuje i po kratším užívání a bývá spojena s abstinenčními příznaky. Dochází ke zvyšování tolerance a v důsledku toho nutnost zvyšování dávek. S tímto je spojeno velké riziko předávkování, neboť účinnost dávek bývá různá z důvodu přidávání různých přísad při výrobě. Dalšími zdravotními důsledky jsou žaludeční a dvanácterníkové vředy, poškození jater, záněty nervů a žil, trombózy, abscesy ze vpichů. (Nožina, 1997; Hajný 2001, Riesel, 1999)

Po jeho vysazení nastávají u závislého jedince poměrně typické tělesné obtíže, ke kterým patří silná touha po látce, nevolnost a zvracení, nechutenství, bolesti svalů, slzení, výtok z nosu, rozšířené zornice, pocení, průjmy, rychlý tep, teplota, nespavost. (Nešpor a Csémy, 2002)

Vybraná okamžitá rizika: předávkování a rychlý rozvoj závislosti.

Časově vzdálenější rizika: kruté tělesné potíže při odvykání jako křeče, průjmy, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů, silná touha po droze. Celkové chátření tělesné schránky i psychiky. Ztráta zájmu o sex, potence, poruchy menstruace, u žen riziko poškození plodu u těhotných žen, trestná činnost a prostituce za účelem opatření finančních prostředků na zakoupení drogy. (Nešpor a kol., 1999)

3.6 Halucinogeny - LSD

Do skupiny halucinogenů se řadí látky, které po užití změny celkové vnímání okolí a také vnitřní prožitky a bývá doprovázeno novými fantaziemi a halucinacemi. Tyto látky mají největší podíl účinků, jež vedou k prožitkům odvádějícím pozornost od reálného světa. Jedná se o látky jak syntetické, tak přírodního původu. Na první místo je řazeno LSD, které patří mezi silné psychoaktivní preparáty. Jedná se o syntetickou látku a užívá se ve formě tablet, krystalků či malých potištěných papírků, tzv. tripů.

Mezi přírodní halucinogeny, které jsou známé a dostupné v našich zeměpisných šířkách, patří lysohlávky a muchomůrky, které se jedí nebo se pije odvar a bylina durman obecný, z něhož se zneužívají listy a semena, většinou ve formě kouření. (Hajný, 2001; Nožina, 1997)

Taktéž Vágnerová (2008, s. 567) uvádí: „*Nejznámější je LSD, jež se obvykle užívá ve formě tzv. tripů, papírových polštářků napuštěných drogou, a psilocybin, oblíbený u českých narkomanů, který je obsažen v houbách lysohlávkách.*“

3.6.1 Účinky a rizika užívání

Mezi hlavní účinky, jak již bylo řečeno, patří změněné vnímání, halucinace a také dochází ke zvýšení krevního tlaku a tepu. Účinky se dostavují asi za čtyřicet minut a trvat mohou až dvě hodiny. Jedinec může napřed vnímat vzrušení i neklid a dochází u něj uvědomování si svého těla a motorických funkcí. (Hajný, 2001; Tyler, 2000)

Halucinogeny vyvolávají problémy v koordinaci pohybů a z důvodu zkresleného vnímání reality může docházet k nebezpečnému chování, například pokusy létat. Dochází ke zdání pomalu plynoucího času a rozšíření prostoru. Jejich zneužívání může vést až k psychické závislosti, neboť návrat k normálu u řady jedinců užívajících tyto látky vyvolává touhu po úniku z reality, tedy po dalším navození halucinogenních prožitků (Nožina, 1997)

„Během intoxikace se objevují poruchy myšlení a vnímání, které se týkají i prostorového uspořádání, takže mnohé smrti nejsou sebevraždami, ale jsou to nehody následkem poruchy prostorového vnímání. Také zrakové, sluchové a hmatové vjemy jsou zkreslené. Objevují se duševní poruchy (psychózy), projevující se agresivním chováním, jindy sebevražednými sklony.“ (Riesel, 1999, s. 32)

Vybraná okamžitá rizika: nebezpečné a nesmyslné jednání.

Časově vzdálenější rizika: narušený kontakt se skutečností, vleklé úzkostné stavy a deprese, duševní poruchy. (Nešpor a kol., 1999)

3.7 Organická rozpouštědla - toluen

Ke zneužívání organických rozpouštědel – těkavých látek, u nás ve větší míře docházelo před nástupem jiných drog v 90. letech. „*Organická rozpouštědla nejčastěji zneužívají děti a dospívající mladšího věku. Část z nich těchto drog*

zanechává, další část přechází k alkoholu nebo k jiným drogám, určitá menší část si vytvoří závislost a ve zneužívání těkavých látek pokračuje dlouhodobě.“ (Nešpor a Csémy, 2002)

Z organických rozpouštědel dochází ke zneužívání hlavně toluenu, v menší míře pak látek jako je aceton, chloroform či etylacetát a jedná se velmi nebezpečné látky. Tyto jsou snadno dostupné díky nízké ceně a právě toto je důvod, proč jsou velmi často zneužívány dětmi a mládeží. Nacházejí se buď v čistém stavu, nebo jako součást drogistických a technických výrobků. Aplikují se inhalací buď přímo, nebo z kusu hadry napuštěné touto látkou. (Fischer a Škoda, 2009)

Těkavé látky mohou vyvolat psychickou závislost, která se snadněji vyvíjí u dětí ve věku 9 – 13 let, přičemž většina z nich pochází z rozdělených manželství či tíživého rodinného prostředí. Často s inhalací začínou ve vrstevnické skupině a neřídka ji kombinují se zneužíváním jiných látek jako je alkohol nebo kanabinoidy. (Nožina, 1997)

3.7.1 Účinky a rizika užívání

Jako hlavní očekávaný efekt je euforie, změněné vnímání hraničící s halucinacemi a účinek po vdechnutí je téměř okamžitý a může přetrvávat i několik hodin. Účinky lze charakterizovat stavem vzrušení a povznesené nálady, objevuje se také nepřítomnost duchem, obluzenost nebo chování se ztrátou kontroly. (Hajný 2001, Nožina 1997)

„Kýženým efektem ‚čichání‘ toluenu a dalších těkavých látek je stav jakéhosi ‚polospánku‘ či ‚polovědomí‘ doprovázeného živými barevnými sny.“ (Nožina, 1997, s. 42)

Pokud se týká rizik spojených se zneužíváním těkavých látek, tak mezi největší patří předávkování či reflexní zástava dechu a krevního oběhu, neboť nelze odměřit přesnou dávku. Při inhalaci se postupně zakaluje vědomí, a když jedinec není schopen zabránit přísunu drogy, pak spánek přechází do bezvědomí, nastane kóma s již zmiňovanou zástavou dechu a krevního oběhu. (Nožina, 1997)

„Jestliže někdo během „čichání“ upadne do bezvědomí a zůstane v atmosféře prosycené drogovými výparry, hrozí mu smrtelná otrava. Při delším zneužívání těkavých látek dochází k poškození jater, krvetvorby i mozku.“ (Nešpor a Csémy, 2002, s. 10)

Jako další zdravotní rizika je nutné zmínit narušení dechového aparátu a sliznic, poruchy paměti a soustředění a nevratné změny kardiovaskulárního a nervového systému. (Hajný, 2001)

Vybraná okamžitá rizika: smrtelné otravy, zadušení, zástava srdce.

Časově vzdálenější rizika: celkové chátrání osobnosti, kožní nemoci, poruchy paměti, jater, krvetvorby. (Nešpor a kol., 1999)

3.8 Tlumivé léky

Léky jsou širokou skupinou látek a závislost může vyvolat mnoho preparátů, které ovlivňují centrální nervový systém. Nejčastěji se jedná o látky, které snižují strach a napětí, způsobují euforii, zvyšují tělesný i duševní výkon a které mění smyslové vnímání. (Minařík [online] © 2003 – 2013)

Podle Nožiny (1997, s. 45) je trend ve zneužívání léků následující: *„Lék je zpravidla původně předepsán lékařem, ale pacient se na něm následně vytváří závislost, většinou psychického původu. Charakteristickými fázemi přechodu od léčby ke zneužívání jsou strach z případného nedostatku léků, poptávka po neoprávněném množství látky a návštěvy různých lékařů ve snaze shromáždit požadované množství.“*

Závislost na tlumivých lécích není tak nápadná jako například závislost na heroinu, ale těžký odvykací stav je po nich z hlediska ohrožení života nebezpečnější. Vysazování některých léků je není snadné, pokud se podávaly dlouhodobě. (Nešpor a Csémy, 2002)

3.8.1 Účinky a rizika užívání

Vlivem nadužívání léků dochází k celkovému zpomalení reakcí, navození útlumu, narušení výkonu a koncentrace pozornosti a paměti, k poruchám myšlení, běžné jsou výkyvy emocí, jako jsou úzkostné a paranoidní stavy či deprese. Při dlouhodobém zneužívání dochází k vytvoření psychické i biologické závislosti a abstinenční syndrom je charakteristický těžkými somatickými projevy s mnohdy nepříznivým průběhem, který může končit i smrtí. (Vágnerová, 2008)

Vybraná okamžitá rizika: spavost, otravy, dopravní nehody.

Časově vzdálenější rizika: bolesti hlavy, roztřesenost, nechutenství, duševní poruchy, zhoršený úsudek a paměť, u těhotných žen riziko poškození plodu, odvykací stavy ohrožující život. (Nešpor a kol., 1999)

4 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI U MLÁDEŽE

4.1 Vliv rodiny

Nejdůležitější sociální skupinou, ve které dochází k uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb člověka, je rodina. Tato poskytuje zázemí ke společenské realizaci jedince, je zdrojem vzorců chování a zkušeností a

také specifického systému hodnot, které ovlivňují chování jejích členů v interakci se společností, a také formuje člověka v průběhu jeho vývoje. Rodina se však může stát zdrojem vzniku a rozvoje psychických problémů a následně i sociálně patologických jevů. Zejména u dětí může dojít k závažnému narušení psychosociálního vývoje. (Fischer a Škoda, 2009)

Existenci člověka si není možné představit bez jeho vztahu k okolnímu prostředí, které utváří jeho osobnost a může také zapříčinit i její poruchy. Jedinec, který trvale žije v rodině, která je v rozkladu, nebo se mu v rodině nevěnuje dostatečná péče, může trpět citovou deprivací a porucha rodinného života se může uplatnit při vzniku návyku. (Janík a Dušek, 1990)

Rodina je považována za hlavního činitele, jenž svým selháváním umožňuje vznik sociálně patologických jevů. Klíčovým činitelem osobnostního vývoje v rodině je kvalita vazby mezi matkou a otcem a také dalšími členy rodiny. (Matoušek a Kroftová, 2003)

Ze společenského hlediska plní rodina funkci biologickou, ekonomickou, sociální a psychologickou. Když některou nebo více z těchto funkcí neplní, hovoříme o dysfunkční rodině.

Vágnerová (2008, s. 554) uvádí: „*Užívání psychoaktivních látek může ve značné míře zvyšovat i vliv dysfunkční rodiny, kde dítě není citově akceptováno ani vhodně vychovááno, kde chybí disciplína a model přijatelného způsobu řešení problémů. Tendence k užívání psychoaktivních látek může vzniknout jako nápodoba obdobného rodičovského chování, nadměrného užívání léků nebo alkoholu.*“

Také Mühlpachr in Pipeková (1998, s. 212, 213) vidí souvislost s užíváním návykových látek a fungováním rodiny, neboť rodina hraje hlavní roli při utváření

životního stylu. „*Dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jedna z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog.*“

Děti z dysfunkčních rodin se často potýkají s psychickou deprivací, která vzniká v důsledku dlouhodobého neuspokojování citových potřeb, tyto děti často selhávají při řešení obtížných životních situací, a proto se velmi často obrací k alkoholu a drogám. (Fischer a Škoda, 2009)

Kalina a kol. (2003a) klasifikuje rodinné prostředí ve vztahu ke vzniku závislosti na psychoaktivních látkách podle Cancriniho. Ten dává do souvislosti rodinnou strukturu a typ závislosti a rozlišuje tak závislost traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou.

➤ *Traumatický typ*

Jde obvykle o náhlou reakci na trauma, ztrátu či konflikt, pocity úzkosti, paniky nebo zlosti. Rodinné faktory pak jsou odchod jednoho z rodičů, úmrtí, nemoc, duševní porucha v rodině, násilí, zneužití.

➤ *Neurotický typ*

Vyskytuje se nejčastěji a vyvíjí se v rodině, kde je nahromaděno napětí, trvají vztahové problémy, nejsou vymezeny hranice mezi generacemi, vyskytují se partnerské potíže nebo je zdůrazňován rozdíl mezi špatným a dobrým dítětem.

➤ *Přechodový typ*

Patří sem nestálost ve vztazích, úniky do fantazie či psychotického prožívání a myšlení. V rodině se může vyskytnout těžké trauma, které nebylo zvládnuto nebo také psychiatrické zatížení. Jak závislý, tak v některých případech i rodiče, mohou mít zvláštní zájmy nebo aktivity, např. esoterii nebo sekty.

➤ *Sociopatický typ*

Závislý zpravidla prošel rodinou, kde panovala lhostejnost, fyzické ataky nebo zneužívání či kriminalita, nebo vyrůstal v dětském domově. Takový jedinec vykazuje asociální jednání a nepřipouští si odpovědnost nebo vinu. Primárním zdrojem jeho dalších problémů není užívání návykových látek, ale je pouze doplňkem jeho problémového chování.

Kalina a kol. (2003a) dále hovoří o udržovacích faktorech v rodině, vedoucích k rozvoji závislosti a v jejím pokračování, kterým je nutné věnovat zvýšenou pozornost:

- Shovívavý postoj k užívání návykových látek.
- Nedůsledný, odpouštějící a ochraňující postoj.
- Tabuizovaná témata či dlouhodobě neřešené problémy
- Závislost členů rodiny dalšího druhu (gamblerství, poruchy příjmu potravy).
- Stálé tendence rodičů brát si odpovědnost za dítě.

4.1.1 Správný způsob výchovy

Jak bylo řečeno výše, nejdůležitějším činitelem ve vývoji jedince je rodina a prostředí, ve kterém vyrůstá a je vychováván. Vychovávat není snadné a neexistuje žádný univerzálně použitelný způsob, každá rodina má svůj vlastní styl.

Dobře vychovávají ti rodiče, kteří prosazují v rodině pravidla, dokážou dítě přijímat, očekávají od něj chování přiměřené jeho zralosti a dávají mu jasná měřítká. Rodiče by měli dokázat dítěti přikázat a také přiměřeně potrestat, na druhé straně však také povzbuzovat k nezávislosti a otevřené komunikaci. S komunikací souvisí také umění vyslechnout názor svého potomka a vyjádřit svůj vlastní, přičemž je důležité respektování vlastních práv a také práv dítěte. Děti, které vyrůstají v takovém prostředí, jsou pak nezávislé a zdatné, umějí se přiměřeně prosadit. Jednají zodpovědně a sebevědomě a jsou schopny ovládat hněv a agresi. (Nešpor a Csémy, 2003)

Hajný a kol. (1999, s. 13) o výchově uvádí: *„Jako optimální se ukazuje přístup, který podporuje nezávislost dítěte, podněcuje dětskou aktivitu, spontanieta a zodpovědnost, současně dává zažít dítěti úspěch, chtěnost, přijetí a bezpečí. Dospělý je pomocníkem, oporou a organizátorem.“*

V určitém smyslu slova by rodina měla být bezpečným přístavem, ve kterém se může jeden spolehnout na druhého, ale také by v rodině mělo být i přiměřené množství problematických situací, ze kterých by se dítě učilo problémy řešit a získávat odolnost vůči stresu, zklamání a bolesti. Schopnost harmonické výchovy se skládá z vyváženého mixu těchto prvků. (Hajný, 2001)

Úkolem rodiny je vybavit dítě dobrou orientací v oblasti hodnot, volbou chování v konkrétních situacích a také odolností vůči svodům. Vytvořit v rodině žádoucí výchovné klima je povinností rodičů. (Riesel, 1999)

Podle Nešpora Csémyho (2003) rodiče ve velké míře ovlivňují, zda budou jejich děti kouřit nebo zneužívat jiné návykové látky. Jako zvláště důležité zdůrazňují následující činitele:

- Vazba dítěte na rodinu a čas, který rodiče s dítětem tráví.
- Důsledně prosazovaná a jasná rodinná pravidla, přiměřený dohled a celková disciplína.
- Schopnost konstruktivního řešení problémů.

4.1.2 Nevhodné přístupy ve výchově

Při uplatňování nesprávného typu výchovy nejsou požadavky kladené na dítě v rovnováze s přijímáním dítěte a uspokojováním jeho potřeb. V některých případech jsou děti omezovány v projevech svých oprávněných požadavků a potřeb. Existují i extrémní případy, kdy dítě nesmí promluvit, když není tázáno. V těchto rodinách se o pravidlech nediskutuje a také zde není prostor pro vyjednávání či vysvětlování, fyzické tresty tady nejsou výjimkou. Děti z takových rodin jsou uzavřené, mají strach projevit iniciativu, nejsou spontánní. Mohou být buď agresivní, nebo se neumějí prosadit. Takové děti jsou mnohem více ohroženy užíváním návykových látek. Takto ohroženy jsou ale i děti z rodin, ve kterých rodiče dětem ve všem ustupují a jsou až moc povolní. (Nešpor a Csémy, 2003)

Podobně jako Nešpor a Csémy hovoří Hajný a kol. (1999), který uvádí, že nepřiměřeně tvrdá výchova zvyšuje možnost, že se u dítěte projeví deprese nebo antisociální chování. Za tímto stojí konfliktní a negativní rodičovský postoj k dospívajícím. Tímto postojem jsou míněny tvrdé tresty, křik, časté hádky a rozčilování, fyzické ataky a vyvíjení tlaku na dítě k plnění do často nesplnitelných úkolů. Obdobně negativní je však postoj rodičů, kdy je dítěti dovoleno vše a které bez vynaloženého úsilí získá prakticky cokoli. Řadí sem také nadměrné ochraňování, stav, kdy dítě nenese důsledky svého jednání, je nesamostatné a stále jen dostává bez toho, aby dávalo.

V rodinách, kde došlo k problémům s návykovými látkami lze najít příliš autoritativní rodiče. Může to být otec, který nedopustí, aby se něco dělalo bez jeho souhlasného vyjádření, který nezná nic jiného, než povinnosti a práci. Jinde to může být úzkostná matka, která se bojí čehokoliv neznámého a rizik, a která sobě ani druhým neumožní poznávání nových lidí a prostředí a nedopustí, aby ostatní udělali cokoli problematického. Náročnost oceňující jen učení nebo práci však dítě od takových činností časem odradí.

K problémům může dojít, když si dítě tuto náročnosti osvojí, přijme ji za svou. Toto vede k tomu, že dítěti není nic akorát, přetěžuje se, nikdy není se sebou spokojeno a uspokojení čerpá jen z úsilí o dosažení úspěchu, což může vyústit k vyčerpání, ochuzení citového života, snížené citlivosti k lidem či omezení perspektiv a životních hodnot. Když dítě nesnese neúspěch nebo dojde k trvalé ztrátě možnosti být úspěšný, jsou to pro něj tak tvrdé rány, že pak sahá po alkoholu či drogách. Také nadměrně kontrolovaný vztah k ostatním lidem a hlavně k sobě samému může vést k potlačování citových potřeb a může se projevit impulzivními tendencemi k užívání návykových látek. (Hajný, 2001)

Naopak také *„Nadměrně liberální výchova doprovázená občasnými nepřesvědčivými pokusy rodičů o zásahy do života dítěte, může přispět k nerovnoměrnému vývoji dítěte. A i když se to na první pohled nezdá, taková výchova může vést k nedostatečnému uspokojování potřeb dítěte.“* (Hajný, 2001, s. 32)

4.2 Vliv vrstevníků a party

Dalším z faktorů podílejícím se na skutečnosti, že dítě začne užívat drogy, je vliv názorů vrstevníků nebo dospívajících a také snaha upoutat jejich pozornost, vyrovnat se jim nebo je překonat. V období dospívání je vliv takových jedinců na dítě veliký a kamarádi žijící rizikovým životním stylem zvyšují riziko i pro dítě. Tlak skupiny vrstevníků je uplatňován mnoha způsoby a pro dítě není vůbec snadné udržet si svoji identitu, odolat jim a žít správně tak, jak si přejí rodiče. Obzvláště dítě, které si samo sebou není jisté, hledá jakékoliv cesty k dosažení dobrého postavení mezi vrstevníky. Největší riziko představují skupiny mladých,

kde se užívání drog považuje za normální a ti, kteří je odmítají, jsou terčem posměchu či ponižování. (Hajný, 2001)

Tlak vrstevnické skupiny je jednou z nejhlavnějších příčin, proč děti drogy užívají a tento tlak je nutí k tomu, aby je brali dále. Takové skupiny jsou ideálním prostředím pro užívání drog, protože poskytují dětem omluvu, když s nimi chtějí experimentovat a dělit se o ně, zkušenému toxikomanovi dovolují, aby ostatní naučil, jak se užívají. Děti, kterým se nepodařilo nikde jinde najít si své místo pak zjišťují, že v takové skupině se s nimi jedná jako se sobě rovným.

Děti chtějí dělat to, s čím souhlasí děti jiné, ale jak už je tlak, který je nutí drogy brát jakýkoliv, vždy hrozí obrovské nebezpečí, že se jim jejich konzumace vymkne z rukou. Děti často tráví víc hodin se svými vrstevníky než se svými rodiči a když jejich kamarádi užívají drogy, budou je bezpochyby následovat. Postupem času budou kamarádi dítěte jen jejich uživatelé a drogy budou to jediné, co je bude držet pohromadě. (Dimoff a Carper, 1994)

Tlak vrstevníků neznamena, že skupina mladých nutí své členy něco dělat, ale skutečnost, že pro dospívající je velmi důležité, aby je tito vrstevníci akceptovali, což znamená přizpůsobení se normám v partě. Dospívání je bojem za získání identity a vyjádřením nezávislosti a pro jedince, kteří hledají způsob vzpoury proti autoritě dospělých, jsou drogy ideální, neboť pohrdají zákonem, školou i rodiči. (Goodyer, 2001)

Vrstevnická skupina je pro mládež s dysfunkčních rodin často důležitější, než pro mladé, kteří vyrůstají v rodinách poskytujících potřebnou podporu. Pro dítě vyrůstající ve funkční rodině představuje každá taková skupina nárok, aby v očích svých vrstevníků obstálo. Nároky na přizpůsobení se pravidlům vrstevnické skupiny jsou obvykle vyšší a nezahrnují jen způsob vyjadřování, ale také úpravu zevnějšku, druh hudby, postoj ke škole i k opačnému pohlaví, k rodičům a penězům také ke kouření, alkoholu a drogám. U dětí, které jsou frustrovány malou podporou rodiny, je potřeba kladného přijetí vrstevníky silnější než u dětí, které mají kvalitní rodinné zázemí. (Matoušek a Kroftová, 2003)

Janík a Dušek (1990) uvádějí, že mladí lidé často začínají s užíváním psychoaktivních látek ze zvědavosti, napodobují nějaký vzor nebo k tomu jsou

svedeni. První zážitky pak vedou ke sblížení s partou, která se pro nejednoho dospívajícího stává oporou a útočištěm.

„První zkušenosti se zneužíváním drog se získávají téměř pravidelně v partách. Začátečníci v nich hledají poučení a starší a zkušenější je zasvěcují do tajů užívání drogy. Děje se tak zpravidla při scénické hudbě a za osvojení si příslušného slangu. Začátečníci se dovědí vše o technice a rituálu používání drog, soudržnosti party, o jejich zásadách, ale i o přípravě drogy.“ (Janík a Dušek, 1990, s. 166)

4.3 Další faktory ovlivňující vznik závislosti

Řada odborníků se shoduje, že návyk na užívání návykových látek a následná závislost vznikají na základě kombinací různých faktorů. Jedná se tedy o výsledek vzájemné interakce vlivu návykové látky na osobnost za přispění různých prvků ze strany společnosti, životních podmínek a spouštěčů. Společným rysem je pak opakování užití látky a s tím související učení se prožívat život s touto látkou. Pozitivní počáteční zkušenost s drogou a její snadná dostupnost je pak posilujícím faktorem. Pravděpodobnost zneužívání návykových látek pak existuje také u mladistvých, kteří trpí poruchami chování a kteří jsou oslabeni ve schopnosti seberegulace duševní činnosti. (Riesel, 1999)

Vágnerová (2008, s. 550) uvádí, že: *„Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejím vzniku se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Jejich interakce určuje pravděpodobnost experimentace i míru rizika vzniku závislosti.“* Mezi příčiny vzniku závislosti pak řadí následující faktory:

➤ *Složení psychoaktivní látky*

Závislost vyvolá užívání některých psychoaktivních látek takřka u kohokoliv a to bez ohledu na individuální psychické a biologické vlastnosti jedince.

➤ *Genetické dispozice*

Tyto jsou velmi významné z etiologického hlediska a mohou zvyšovat tendence k užívání psychoaktivních látek, a je nutné vzít do úvahy, že výskyt závislosti v rodině může být podmíněn pouze i nápodobou takového modelu chování.

➤ *Biologický základ*

Tímto základem vzniku závislosti je způsob zpracování psychoaktivní látky v organismu. Riziko užívání těchto látek mohou ovlivnit některé fyziologické reakce, průběh zpracování látky metabolismem, případně intenzita příznaků intoxikace.

➤ *Psychické faktory*

Spouštěčem k experimentům s návykovými látkami je motivace, která vychází buď z individuálních potřeb jedince, nebo je důsledkem sociálního tlaku. Pravděpodobnost užití psychoaktivních látek zvyšují tendence k určitému způsobu uvažování, reagování a také prožívání.

Autorka dále hovoří o vlivu *sociálních faktorů*, z nichž vliv rodiny a vrstevníků byl popsán výše v podkapitolách 4.1 a 4.2. Mezi další sociální faktory pak řadí společnost (dostupnost návykových látek), městské prostředí (anonymita, menší kontrola, větší pravděpodobnost nabídky návykových látek), nižší úroveň vzdělání (s tím souvisí předchozí školní neúspěšnost) a sociální deprivaci (nemožnost seberealizace, nezaměstnanost či bezdomovectví).

Jako faktory zvyšující pravděpodobnost závislosti taktéž Fischer a Škoda (2009) uvádějí *genetické predispozice*, kdy závislost vzniká v interakci genetické výbavy s prostředím, *biologické predispozice*, kdy někteří nemusejí mít v důsledku požití návykové látky oproti jiným jedincům zřetelné obtíže se zpracováním látky v organismu a proto u nich vzniká větší pravděpodobnosti častějšího užívání. Tito dále zmiňují i *psychické faktory* a v souvislosti s nimi hovoří o tendencích, které zvyšují pravděpodobnost užívání návykových látek:

➤ *Způsob prožívání*

Charakterizuje ho emocionální ladění, které je spojené se zvýšenou úrovní dráždivosti, aktivace i lability a dále také s depresí a strachem bez příčiny (anxiozitou).

➤ *Způsob uvažování, hodnocení situací*

Jedinec není schopen správně posoudit sebe ani okolí, má sklony k podceňování vlastní osoby, nebo naopak sebe či okolí hodnotí a vnímá nepřiměřeně, má sklon k přeceňování.

➤ *Způsob chování*

Někteří jedinci nejsou schopni se učit ze zkušeností, mají nižší míru sebekontroly a volních vlastností a flexibility. Také osobnostní rysy mohou zvyšovat pravděpodobnost rozvoje závislosti, a to u jedinců, kteří mají zvýšenou potřebu vyhledávat nové zážitky, mají sklon k riskování nebo sníženou citlivost k ohrožení.

Pokud se týká *sociálních faktorů*, tak zde se autoři v jejich výčtu shodují s názorem Vágnerové (2008).

Závislost na psychoaktivních látkách má kořeny nejen v látce samotné, ale i v osobnosti člověka, který závislosti podlehne a také v dalších činitelích, jako sociální prostředí, jeho kulturní úroveň a dostupnost drogy. Významné jsou také spouštěcí faktory, mezi které musíme počítat duševní i tělesné zátěžové situace jedince. Na vzniku závislosti se podílí řada faktorů, ale jejich význam není stejný, u každého jedince dominuje jiná složka v různé intenzitě. Zjednodušeně lze vyčlenit čtyři základní faktory, které vznik závislosti na psychoaktivní látce podmiňují, jedná se o látku samotnou, osobnost, sociální prostředí a provokující, vyvolávající činitele. (Janík a Dušek, 1990)

4.3.1 Bio-psycho-socio-spirituální faktory

Kalina a kol. (2003a, s. 91) hovoří o bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti: „*Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Neznáme predisponovanou alkoholickou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu nebo jiných návykových látek.*“

➤ *Biologická úroveň*

Za biologické faktory lze považovat problémové okolnosti v průběhu těhotenství matky dítěte, například kdy ona sama byla alkoholička nebo drogově závislá a plod se setkával s účinky psychoaktivních látek ještě před svým narozením.

➤ *Psychologická úroveň*

Zkoumá vliv psychogenních faktorů pro rozvoj zneužívání návykových látek a závislosti. Tyto faktory lze nalézt již v prenatálním a perinatálním období. Nejedná se o biologické faktory, ale o souvislost psychických zážitků a prožívání. Těchto faktorů je celá řada a vznikají jako důsledek nadužívání psychoaktivních látek a obvykle posilují jejich další zneužívání a tím jedince směřují až k závislosti.

➤ *Sociální úroveň*

Na této úrovni dochází k zaměření na kontext, ve kterém se vše odehrává, tzn. na vliv vztahu s okolím, které jedince formuje nebo brzdí či deformuje jeho zrání. Tyto vlivy se vyskytují na široké škále a to od těch nejzákladnějších, jako je společenské postavení rodiny, úroveň jejího sociálního zajištění nebo prostředí, ve kterém jedinec žije až po ty konkrétní a velmi specifické. Jinak je také zrání jedince formováno na venkově a jinak ve velkoměstě.

➤ *Spirituální úroveň*

Spiritualita je vztah jedince k tomu, co jej přesahuje, k čemu se tento vztahuje jako k nevyšší autoritě, ideji a řádu. Jedná se o oblast přímého prožitku toho, co se nachází za jeho každodenním úsilím, co tomuto úsilí dává smysl a to, co dává smysl celému životu. (Kalina a kol., 2003a)

4.4 Jak rozpoznat problém s návykovými látkami u dítěte

V úvodu této kapitoly bylo řečeno, že důvodem vzniku závislosti u mladého člověka může být rodina a její působení. Je nutné ale zdůraznit, že právě rodiče jsou těmi, kdo by měl své dítě nejlépe znát a také by měli být těmi, kdo by měl jako první zaregistrovat, že se s tímto něco děje a že v jeho chování došlo k určitým změnám, kterým by měli věnovat zvýšenou pozornost.

I přes velkou řadu informací, které jsou dostupné a přes přehnané tendence řady rodičů k obavám a podezřívání drtivá většina z nich odmítne uvěřit, že by jejich potomek mohl užívat návykové látky. Dochází i ke zvláštním situacím, kdy varovné signály pronikají do života celé rodiny, ale rodiče jsou k těmto signálům slepí a tyto varovné známky vůbec nezaregistrují a nevyhodnotí tak, že by na jejich

základě začali situaci řešit. Období dospívání je čas, ve kterém děti vykazují řadu rysů a změn, které by u dospělého jedince napovídaly, že má problémy. Je však velmi důležité mít vždy na paměti, že pokud dítě návykové látky užívá, obvykle chce tuto skutečnost skrýt. V tomto ohledu je pak schopno se velmi racionálně kontrolovat a při běžném pohledu na něm rodiče nic nepoznají. (Hajný, 2001)

„Nejprve je třeba si ujasnit, co se mi to vlastně na dítěti nelíbí, nezdá. Zda je to jeho mluva, chování, oblékání, kamarádi nebo přístup k životu. To je velmi důležité, protože obecná, nekonkretizovaná nespokojenost je jen vodou na mlýn negativním emocím, které rodič může vrhat na své dítě bez jakéhokoliv pozitivního efektu.“ (Hajný a kol., 1999, s. 79)

Rodiče by měli věnovat zvýšenou pozornost následujícím varovným signálům:

➤ *Změny nálad*

K typickým projevům užívání návykových látek patří zvýšená podrážděnost, náládovost, ale také nápadný klid či pasivita. Tyto stavy mohou mít souvislost s účinkem návykových látek, odvykacími potížemi či kocovinou. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Zhoršení prospěchu*

Toto může zahrnovat jak zhoršení známek, absence ve škole tak zanedbávání úkolů, neboť dítě musí čas a energii vynakládat na opatření drog a také na zotavení se z jejich účinků. S absencemi ve škole pak může souviset falšování omluvenek či fiktivní návštěvy lékařů. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Změna okruhu známých*

Změna okruhu přátel vždy naznačuje změnu, pro dítě, které má problém s návykovými látkami nejsou normální vrstevníci atraktivní. Je dobré vždy zvýšit pozornost, když se začne kamarádit se staršími nebo když nechce kamarády rodičům představit. Velmi závažným signálem je také skutečnost, že dítě má přátele, kteří užívají alkohol či drogy. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Změny v oblékání, žánru hudby*

Je nutné věnovat pozornost skutečnosti, když dítě začne nosit trika, přívěsky či prsteny se znakem konopného listu. Orientace ve stylech hudby a v tom, která je více či méně spjatá s užíváním návykových látek není snadná, rodičům

mohou být nápomocni známí, nebo vrstevníci dítěte a také dítě samo. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Skrývání, tajnůstkaření*

Dítě může brýlemi skrývat zarudlé oči po kouření marihuany, nebo také zúžené zornice související s užíváním heroinu. Dlouhé rukávy i v poměrně teplém období mohou skrývat vpichy po jehle. Také zamykání a skrývání při vstupu rodiče do pokoje, podrážděnost a vyžadování zaručeného soukromí mohou naznačovat více, než potřebu soukromí. Také skutečnost, že dítě začne být tajnůstkářské, by neměla uniknout pozornosti rodičů, stejně jako tajemné telefonáty, lhaní a odmítání přiměřeného dohledu. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Únava, vyčerpanost, spavost a nespavost*

Nadměrná spavost souvisí s odezníváním intoxikace pervitinem, extáze a také konopí. Může jít o souhrn příznaků spojených s užíváním návykových látek. U uživatelů heroinu pak tělesná pasivita patří k celkovému obrazu a životními stylu a spavost je průvodním znakem užívání. Nespavostí se projevuje intoxikace pervitinem a odvykací stav po tlumivých lécích a heroinu. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Lhaní, nespolehlivost*

Výskyt lhaní u dětí, které dříve tento problém neměly, může napovídat o tom, že potřebují skrýt svůj životní styl a je jedním z typických příznaků narušení osobnosti závislého na návykových látkách. Neznamená to, že dítě chce své rodiče záměrně obelhávat, ale jeho sebeovládání ve vztahu k látce může být oslabené natolik, že neumí včas přestat a tak slib nedodrží. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

➤ *Ztrácení se peněz a věcí z domácnosti*

Pokud dítě začne brát rodičům peníze nebo odnášet věci z domova, může s největší pravděpodobností jít o známku toho, že má v životě jinou potřebu. Zvýšit pozornost je nutné v případě, když dítě bere věci a peníze bez předchozí dohody, mlží a svoje útraty není schopno doložit. Narůstající potřeba peněz tak může s výdaji za nákup psychoaktivních látek souviset. Zvlášť závažný je tento problém u dětí, které se takové krádeže nikdy nedopustily. (Hajný, 2001; Nešpor, 2001)

Pokud se u dítěte objevil problém s návykovými látkami, je nejlepší se o něm dozvědět co nejdříve, neboť léčba problémů, které jsou v počátku, je o hodně snazší a je také účinnější. Tímto se také rodiče snadněji vyhnou chybám, které by jinak neudělali. Je velmi závažné, když rodiče zjistí u svého dítěte více varovných signálů a je důležité, aby pozornost věnovali také užívání alkoholu a kouření, neboť právě zvýšena spotřeba alkoholu a cigaret u dětí může znamenat přechod k jiným návykovým látkám. (Nešpor, 2001)

4.5 Jak na problém (ne)reagovat

Pokud rodiče neumějí nebo nedokážou se svými potomky řádně komunikovat, nemohou si vytvořit správný úsudek. Hlavním předpokladem je umění s dítětem mluvit a tomuto umožnit, aby dokázalo mluvit s rodiči. Pokud se rodiče snaží své dítě přimět, aby návykové látky nebralo, dopouští se tak chyb v interakci, které ho utvrdí v tom, že mu užívání těchto látek uškodit nemůže. (Raser, 2000)

Při zjištění, že dítě užívá návykové látky, bývá nejefektivnější dát si čas na zvážení všech okolností a také je důležité si o všem promluvit s člověkem, který rodiči obvykle pomůže najít právě to jeho řešení. O situaci je následně nutné promluvit si s dítětem a kromě kladených otázek mu také sdělit vlastní postoj k celé záležitosti a rozhodnutí, které je reálné a za kterým si rodiče budou pevně stát. Když další rozhovory situaci ještě zhorší, je třeba, aby rodiče v takovém případě určitě něco udělali, změny mohou být úplně malé, jako třeba rozhovor o osobních problémech dítěte, ale mohou být také většího rozsahu, například celková změna časového rozvrhu dítěte, jeho kontroly a také volného času. Pokud rodiče cítí, že řešení problému je nad jejich možnosti, vždy je nutné, aby vyhledali odborníka. (Hajný, 2001)

Důležité je o problému mluvit s dalšími dospělými členy rodiny, rodiči kamarádů dítěte, které mohou mít obdobné problémy a také s odborníky. Rodiče nesmí dítě v užívání návykových látek podporovat a toto mu usnadňovat, ale právě naopak ztěžovat a komplikovat a každou změnu k lepšímu odměnit. Lze využít situace, že dítě je na rodičích závislé při uspokojování svých potřeb a trvat

na dodržování pravidel, která však musejí být rozumná. Dospívající by měl nést důsledky svého jednání, když není ochoten přistoupit ke změně. Rodiče nesmějí přestat s dítětem komunikovat a je nutné, aby ho vyslechli, ale také aby si připravili protiargumenty, trvali na změně k lepšímu, pomohli mu odpoutat se od problémové společnosti, třeba i za cenu změny prostředí a byli problémovému dítěti tím správným vzorem. (Nešpor, 2002)

Rodiče musejí „*nacházet zdravou rovnováhu mezi kritickým postojem vůči chování dítěte („nelíbí se nám, že bereš“) a respektem vůči němu („vážíme si tě a záleží nám na tobě“). Oceňovat i drobné pokroky, vidět i silné stránky dítěte a jeho možnosti. Rozvíjet jeho dobré záliby.“* (Nešpor, 2002, s. 18)

Raser (2000) uvádí, že je dobré, aby rodiče o dítě a jeho problémy projevíli zájem, naslouchali mu, dali najevo, že jeho názor a slova respektují. Není od věci, aby dítě vědělo, že se o něj mají starat a že ho i přes ujištění, že vše je v pořádku, budou i nadále sledovat. Vyplatí se také uvést jako příklad nějakou kritickou situaci v rodině, ve které se ocitl některý z jejích členů, a ostatní stáli při něm a pomohli mu. Toto pomůže dítěti si uvědomit, že i když má problém, tak se má na koho spolehnout.

Jako reakce na užívání návykových látek se nevyplácí vyčítání dalších a často starých chyb a argumentace, jak moc to rodiče zasáhlo. Také hledání viníka nikam nevede, protože výroky, že za problém může ten nebo onen jen zhoršují atmosféru, dítě se oprávněně brání a opravdové důvody pro to, co vzniklo, se vytrácejí. Neefektivní je také moralizování a obzvlášť dlouhé monology popisující řadu zlých skutků dítěte, které dávají do souvislosti skutečnosti, jenž spolu nesouvisí. (Hajný, 2001)

Hajný a kol. (1999, s. 87) doporučují: „*Nesnažte se v této chvíli něco zásadního řešit. Je dost času ráno nebo druhý den, kdy budete klidnější a vaše potřeba změny nebude tak naléhavá a impulzivní. Hádky a křik, pláč jsou většinou jen neúčinnou eskalací napětí v této situaci. Emoce často vyvolávají činy, které pak zablokují jakoukoliv dohodu.“*

Nesprávné je nechat se dítětem vydírat, často totiž ze strany dítěte dochází k vyhrožování útekem, sebevraždou či prostitucí a je špatné také problém popírat a hájit s tím, že se vše samo časem vyřeší. Špatný přístup je i ten, že rodiče dítěti

ustupují, píšou mu nepravdivé omluvenky do školy nebo dokonce dovolí, aby jeho závislí kamarádi chodili do jejich bytu. Rodiče nesmí s dítětem přestat komunikovat a naivně věřit, že má užívání návykových látek pod kontrolou, nebo že si snad samo snižuje dávky a brzy drogu vysadí. Naprosto nepřístupné je jeho ponižování, urážení nebo dokonce i bití a impulzivní jednání. (Nešpor, 2002)

„Zkuste svůj vztek, který se může objevit v souvislosti s tím, že vás syn nebo dcera této situaci vystavil, co nejvíce zkrotit. Zkuste pochopit, že nespolehlivost je průvodním jevem vztahu k drogám. Neschopnost takových lidí něco dodržovat je v jejich případě přirozeným, i když pro vás velmi bolestivým důsledkem jeho vztahu k drogám.“ (Hajný a kol., 1999, s. 86)

Aby se rodiče dětí do takové situace vůbec nedostali a nemuseli problém s návykovými látkami svých potomků řešit, je nutné, aby měli na paměti, že důležitým faktorem při jejich výchově je prevence, které bude věnována následující kapitola.

5 PREVENCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

5.1 Primární prevence

V této kapitole se budeme zabývat především prevencí primární, neboť jejím cílem je předcházet užívání jakýchkoliv návykových látek a problémům s tím spojených. Zaměříme se na prevenci ve škole a hlavně v rodině, protože ta má za úkol zabezpečit dítěti podmínky pro jeho správný vývoj jak v oblasti duševní, tak tělesné, aby se mohlo v budoucnu stát plnohodnotným členem naší společnosti.

Prevence má za úkol snížit škody, které působí užívání návykových látek. Za škody se považují vznik závislost, intoxikace, zdravotní komplikace či úrazy. Jejím cílem ale není předání množství informací bez ohledu na jejich použití. Aby byla prevence účinná, je nutné, aby ovlivnila chování za účelem podpory zdraví. (Nešpor a Csémy, 1996)

„Primární prevence se obrací na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, tzv. cílové skupiny. V tom je rozdíl od prevence sekundární a terciární, které již mají individuální ráz a obracejí se na jednotlivce, který již je v různém stupni užíváním návykových látek zasažen.“ (Kalina a kol., 2003b, s. 276)

Vlastní smysl primární prevence lze spatřovat ve skutečnosti, že užívání návykových látek by se nemělo stát ze společenského hlediska přijatelnou formou chování dospívajících. Je nezbytné, aby si tito byli vědomi nebezpečí, které se za užíváním takových látek skrývá, že valná část společnosti drogy neužívá a jejich užívání nelze vnímat jako normální, i když tento postoj bývá velmi často potvrzován působením médií. (Kalina a kol., 2003b)

Hlavním významným prostředkem prevence je výchova dítěte v rodině a ve škole. V prevenci mohou působit i nevládní instituce a vlivným nástrojem prevence je bezpochyby sociální politika státu, která ovlivňuje systém vzdělávání, stabilitu rodiny a v neposlední řadě také zaměstnanost. Méně významné v oblasti prevence jsou pak programy na regionální a lokální úrovni, které mají užší dosah a jsou definovány pro skupiny rizikových dětí a mládeže. Preventivní opatření na všech úrovních jsou však efektivní pouze tehdy, když se zakládají na

kvalifikovaném vyhledávání problémů a je průběžně sledován jejich vliv a případně i vedlejší účinky, které nebyly očekávány. (Matoušek a Kroftová, 2003)

Podobně hovoří také Kalina a kol. (2003b), který uvádí, že hlavní cílovou oblastí primární prevence je věk a prostředí, kde se vytvářejí normy a hodnoty dětí a dospívajících, a jedná se zejména o rodinu, školu a prostředí, kde se odehrává mimoškolní činnost, odpočinek a trávení volného času.

5.2 Prevence v rodině

Kalina a kol. (2003b) považuje za významnou v primární prevenci rodinu, která se však díky svému soukromí může zdát nedosažitelná. Ze systémového hlediska je ale zřejmé, že když dochází k intervenci v jakémkoliv prostředí, dochází k této zároveň také v rodinách a to prostřednictvím rodičů i dětí. Tento dále uvádí (s. 278): *„Jednou z cest preventivního poselství do rodiny je zaměření prevence na dospělé všude tam, kde se scházejí, zejména v zaměstnání a při zájmové nebo občanské činnosti. Ve všech těchto případech lze počítat s tím, že oslovujeme-li dospělé, oslovujeme rodiče.“* Z uvedeného tedy jednoznačně vyplývá, že cílovou skupinou při prevenci v rodině jsou nejen děti samotné, ale také jejich rodiče, kteří je ovlivňují. Následující text bude věnován působení rodičů na děti.

Jak již bylo řečeno ve čtvrté kapitole, je důležitý styl výchovy, jaký rodiče uplatňují. Dle zkušeností je nejlepší ten, co je vřelý, laskavý a současně také středně omezující. V takové rodině se dítě cítí přijímáno a respektováno a hlavně je mu jasné, kde jsou hranice pro to, co ještě může.

V prevenci jsou důležité prvky, jako je získání důvěry dítěte a schopnost mu naslouchat. Rodiče musejí být schopni s dítětem o návykových látkách bez obalu hovořit a to pouze tehdy, když je k tomu vhodná příležitost a musejí mít o těchto látkách spolehlivé informace. Významné je také předcházení nudě a to buď posílením vazby na rodinu či tím, že rodiče svým dětem najdou vhodné zájmy a společnost mimo rodinu. Problémům s návykovými látkami pomáhají v rodině předcházet jasná a prosazovaná pravidla a ve výhodě jsou pak rodiče, kteří jsou svým chováním ve vztahu k takovým látkám dítěti vzorem. Hodnoty, které tito

svým dětem předávají, jsou v prevenci velmi prospěšné. V neposlední řadě pak v prevenci velkou roli hraje ochrana a posilování sebevědomí dítěte. (Nešpor [online], 2003)

Zde se dostáváme k otázce, kdy mají rodiče s dětmi o drogách mluvit, zda mají začít sami preventivně, nebo čekat, až se sami zeptají. K tomuto Hajný (2001, s. 64) uvádí: „Čekat na to, až se dítě zeptá, by mohlo trvat neúnosně dlouho. Některé děti jsou zvědavé a pozorné vůči všemu, co se kolem nich děje a říká. Ty vás jako rodiče pravděpodobně předejdou. U jiných byste se nedočkali.“

Nešpor a Csémy [online] (2009, s. 3) vidí nutnost přizpůsobení prevence vývojovému stádiu dítěte: „Prevence by měla brát v úvahu vývojové stadium dítěte. U menších dětí je prevence konkrétní, jednoduchá, direktivní a do značné míry nespecifická. Lze ji např. spojit s prevencí otrav, úrazů či opatrností vůči neznámým lidem. Později se stává prevence cílenější, týká se více alkoholu a nabízí širší spektrum lepších alternativ k návykovému chování.“

Lze říci, že s preventivním působením na dítě začíná matka už v době před narozením potomka, neboť její dobrý duševní a tělesný stav spolu souvisejí a tím se projeví i na dítěti. V novorozeneckém a kojeneckém věku dochází k vytváření citové vazby dítěte na rodiče a naopak a toto období je proto velmi důležité.

U dětí do tří let je důležité přiměřené uspokojování jeho potřeb, včetně citových. Tím se zvyšuje jeho všeobecná odolnost i odolnost vůči vzniku závislosti na návykových látkách.

V předškolním věku asi od tří do šesti let je správné dítěti vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota, kterou musíme všichni chránit a podporovat. Toto by si mělo začínat uvědomovat i nebezpečí, která se nacházejí ve vnějším světě a být schopno se jim vyhýbat.

Ve věku od sedmi do třinácti let je nutno nabízet dítěti konkrétní dovednosti a je třeba pokračovat ve zdůrazňování zdraví jako zásadní životní hodnoty. V tomto období by již měla začít cílená prevence, která se zaměří na odmítání tabáku, alkoholu a jiných drog.

Období od třinácti let je náročné pro všechny zúčastněné, na významu nabývají vrstevníci a dospívající jsou návykovými látkami zvláště ohroženi, proto je prevence v této věkové kategorii mimořádně důležitá. (Nešpor, 2001)

5.3 Prevence ve školním prostředí

Všeobecně se škola pokládá za prostředí, ve kterém se děti učí a kde si osvojují postupy, jak racionálně řešit definované problémy, které přísluší do jednotlivých učebních předmětů. Je však zcela jisté, že škola může naučit i více. (Matoušek a Kroftová, 2003)

Škola je instituce, se kterou má dítě kontakt řadu let několik hodin denně a v oblasti prevence problémů s návykovými látkami hraje velmi důležitou úlohu, avšak preventivní působení nesmí být formalizováno do nesystémově podávaných informací. (Hajný a kol., 1999)

Školy mají v systému primární prevence zneužívání návykových látek u dospívajících prioritní postavení. Jejich základním nástrojem je Minimální preventivní program, který je systémový a komplexní při realizování preventivních aktivit. Tento program ve škole vypracovává metodik prevence při spoluúčasti všech pedagogů, vedení školy a dalších nepedagogických pracovníků. Program musí respektovat veškerá specifika daného zařízení a jeho součástí je též školní řád, kde je zcela jasně vyjádřen postoj školy k návykovým látkám a důsledky při jeho porušení. Tento také počítá se spoluprací rodičů a institucí, které se podílejí na jeho realizaci a jeho nedílnou součástí je nabídka volnočasových aktivit. (Kalina a kol., 2003b)

Tito dále uvedli (s. 291): *„Úspěch protidrogové prevence ve výchovně vzdělávacím procesu je podmíněn několika činiteli. Osobností pedagoga, předpoklady a zvláštnostmi cílové skupiny – žáků a studentů, organizačního zabezpečení.“*

Pešek a Nečesaná (2009, s. 13) k preventivnímu působení školy napsali: *„Předpokladem naplňování cílů v oblasti prevence je pedagog vzdělaný, kvalifikovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti rizikovým projevům chování také vyžaduje systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních.“*

Podle Nešpora [online], (2003) má efektivní preventivní program za úkol ovlivnit chování a postoje žáků, což je však obtížnější, než zvýšit pouhou

informovanost. Tento dále popisuje, jaké cíle má prevence dosáhnout (tamtéž, s. 2): „Prevence má předcházet tomu, aby žáci zneužívali návykové látky včetně alkoholu a tabáku. Jestliže to není možné, posunout setkání s návykovými látkami včetně tabáku a alkoholu do pozdějších let, kdy se poněkud zvýší odolnost a sníží rizika. Dále má omezit experimentování s návykovými látkami, jestliže k němu dochází, a také předcházet zdravotním poškozením působeným návykovými látkami včetně závislosti.“

Jak bylo již řečeno, tak kromě preventivního programu, kterým škola disponuje je důležité, kdo prevenci provádí. V rámci vyučování a prostředí školy se na této podílejí jak učitelé, tak externí odborníci, což je pro děti a dospívající velmi přínosné. Přínos je spatřován v tom, že tito mají možnost vyslechnout fakta i od jiných osob a mohou tak porovnat a zkorigovat své postoje a znalosti. Důležitost spočívá také v tom, že se mohou setkat s novými osobami, jejichž názory jsou ochotni přijmout, což při působení pouhých pedagogů nemusí být vždy platné. Může se jednat o lékaře, psychology, sociology, policisty, sociální pracovníky a také vrstevníky či bývalé závislé osoby. (Kalina a kol., 2003b)

6 TOXIKOMANIE, ALKOHOLISMUS A NIKOTINISMUS U MLÁDEŽE

6.1 Cíl šetření, stanovení hypotéz, použité metody

6.1.1 Cíl šetření

Cílem této práce a výzkumného šetření je vytvořit ucelený obraz o problematice užívání návykových látek mládeží, vztah mladých k jejich užívání a také úskalí související s primární prevencí. Výzkumné šetření je zaměřeno na zjištění prevalence užívání návykových látek v rámci výzkumného vzorku, úrovně informovanosti mládeže o rizicích kouření, užívání alkoholu a dalších návykových látek a také na skutečnost, do jaké míry se rodiče dospívajících při výchovném působení na své děti podílejí na prevenci užívání těchto látek.

6.1.2 Stanovení hypotéz

V rámci průzkumného šetření byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza č. 1:

Dívky užívají návykové látky ve stejné míře jako chlapci.

Hypotéza č. 2:

Mládež opakovaně užívá návykové látky, protože nezná rizika s tímto spojená.

Hypotéza č. 3:

Rodiče se svými dětmi hovoří o problematice užívání návykových látek a poskytují jim o těchto látkách objektivní informace.

Hypotéza č. 4:

Hlavním činitelem v prevenci užívání návykových látek mládeží jsou rodiče.

Hypotéza č. 1 byla stanovena na základě výsledků Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2011 z důvodu ověření z ní plynoucích výsledků a srovnání, zda tomu tak je i ve vybraném výzkumném souboru. Další hypotézy pak byly sestaveny na základě literárních pramenů, ve kterých se

odborníci shodují, že je nezbytně nutné, aby rodiče nezanedbávali prevenci užívání návykových látek u svých dětí.

6.1.3 Použité metody

Pro dosažení stanovených cílů výzkumného šetření byla využita kvantitativní metoda. Tato práce s údaji vyjádřenými v číselné podobě a umožňuje získat množství, rozsah a také frekvenci výskytu určitých jevů, které jsou nadále matematicky zpracovány. V rámci výzkumu byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník (viz. příloha č. 1), který obsahoval celkem 12 otázek, z toho 5 s možností výběru odpovědí „ano, ne“, 5 s možností volby více alternativ odpovědí a 2 otázky, kde měli respondenti odpovědět samostatně.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo provedeno na Střední škole oděvní, služeb a podnikání, která se nachází v malém městě s necelými pěti tisíci obyvateli a studenti této školy jsou jak místní, tak z okolních i vzdálenějších měst a obcí. Školu navštěvovalo 535 žáků, kteří byli vzděláváni v šesti oborech ukončovaných jak závěrečnou, tak maturitní zkouškou a také v nástavbovém studiu. Na škole působilo 53 pedagogických a 30 nepedagogických pracovníků. Zařízení v prevenci užívání návykových látek uplatňuje výchovu studentů ke zdravému způsobu života a osvojení kladného sociálního chování a také vynakládá snahu o zamezení vzniku rizikového chování. Za svoji činnost v této oblasti byla škola oceněna zřizovatelem, její preventivní program v této oblasti byl mezi čtyřmi nejlepšími v kraji.

Šetření bylo provedeno v prvním pololetí školního roku 2012/2013 a v jeho rámci bylo rozdáno celkem 180 dotazníků, zpět bylo vráceno 118 a 6 jich bylo vyřazeno z důvodu neúplnosti. Zpracováno a vyhodnoceno bylo celkem 112 dotazníků a z tohoto počtu bylo 49 respondentů chlapci a 63 dívky, jejich průměrný věk byl 16,4 let.

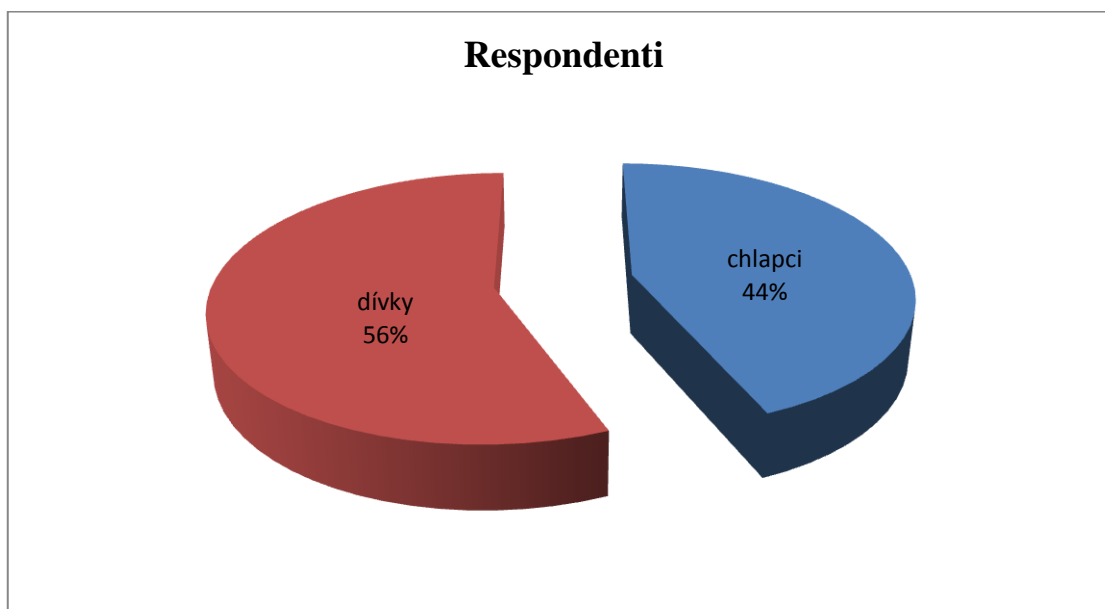
6.3 Prezentace výsledků šetření

Přehled zastoupení respondentů dle pohlaví a věku:

Tabulka č. 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví

RESPONDENTI		
Chlapci	49	44%
Dívky	63	56%
Celkem	112	100%

Graf č. 1: Zastoupení respondentů dle pohlaví vyjádřeno v %



Tabulka č. 2: Zastoupení respondentů dle věku

VĚK RESPONDENTŮ					
VĚK	15 let	16 let	17 let	18 a více	CELKEM
Chlapci	12	15	16	6	49
Dívky	17	19	19	8	63
Celkem	29	34	35	14	112

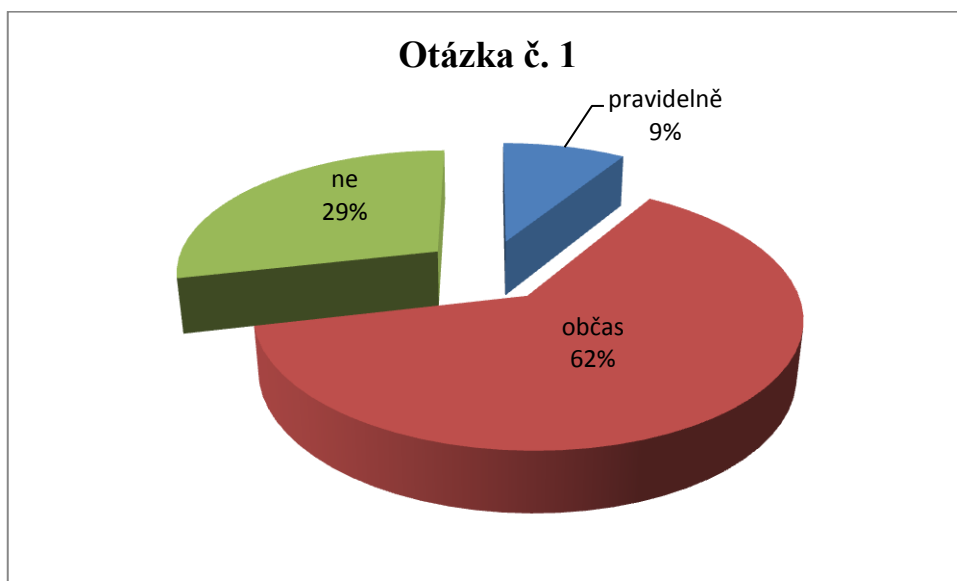
Otázka č. 1: Pijete alkohol?

Na otázku „Pijete alkohol?“ z celkového počtu respondentů odpovědělo 9%, že pravidelně, 62% občas a odpověď ne zvolilo 29% dotázaných. Z celkového počtu chlapců jich pak pravidelně alkohol pije 14%, občas 59% a alkohol nepije 27%. Dívky zvolily odpověď pravidelně v 7 případech, což je 5%, občas jich alkohol požívá celkem 65% a ne odpovědělo 30% dotázaných.

Tabulka č. 3: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 1

OTÁZKA Č. 1		
Pravidelně	10	9%
Občas	70	62%
Ne	32	29%
Celkem	112	100%

Graf č. 2: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 1 vyjádřený v %

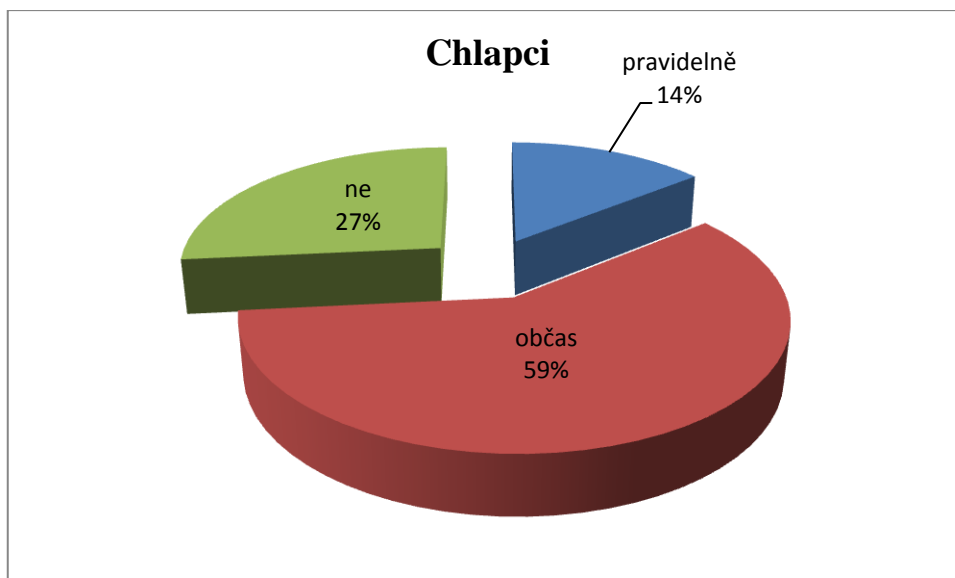


Tabulka č. 4: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 1

CHLAPCI		
Pravidelně	7	14%
Občas	29	59%
Ne	13	27%
Celkem	49	100%

Otázka č. 1: Pijete alkohol?

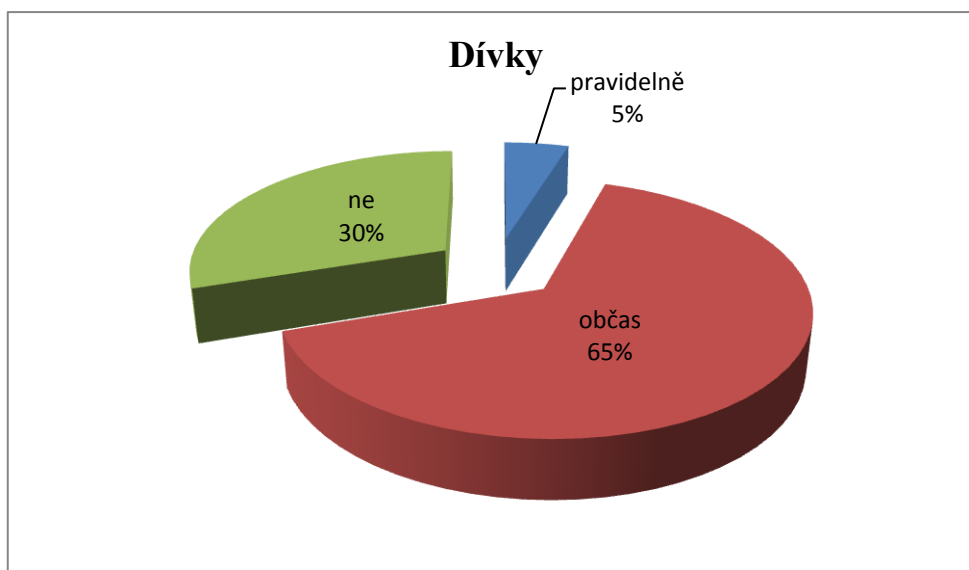
Graf č. 3: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 1 vyjádřený v %



Tabulka č. 5: Přehled odpovědí dívek ot. č. 1

DÍVKY		
Pravidelně	3	5%
Občas	41	65%
Ne	19	30%
Celkem	63	100%

Graf č. 4: Přehled odpovědí dívek ot. č. 1 vyjádřený v %



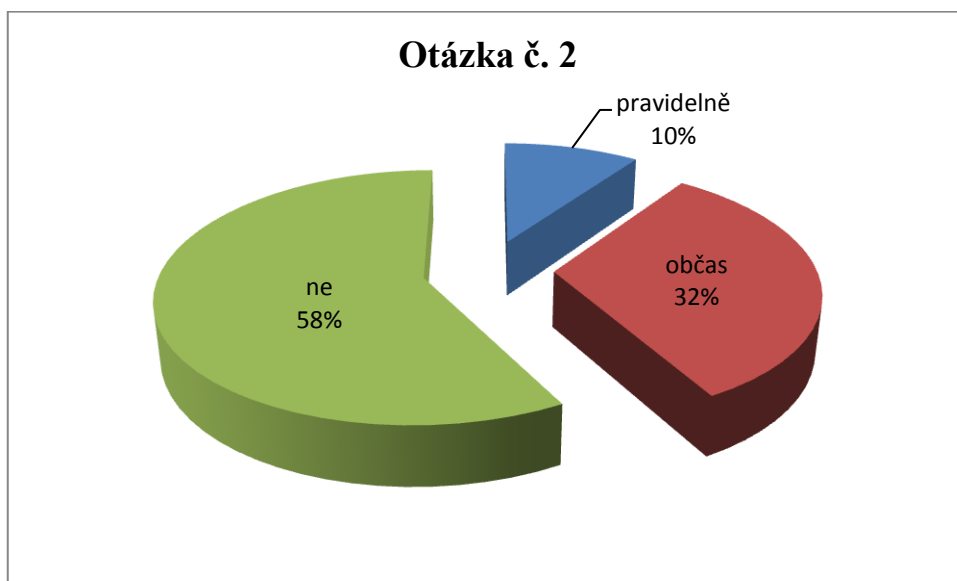
Otázka č. 2: Kouříte cigarety?

Na otázku „Kouříte cigarety?“ odpovědělo z celkového počtu respondentů 10%, že kouří pravidelně, občas kouří 32% dotázaných a celkem 58% dotázaných respondentů odpovědělo, že nekouří. Z celkového počtu chlapců jich pak pravidelně kouří 14%, občas 33% a odpověď ne zvolilo 53% chlapců. Dívky zvolily odpověď pravidelně ve 4 případech, což je 10%, občas jich kouří 32% a ne odpovědělo 58% dotázaných dívek.

Tabulka č. 6: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 2

OTÁZKA Č. 2		
Pravidelně	11	10%
Občas	36	32%
Ne	65	58%
Celkem	112	100%

Graf č. 5: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 2 vyjádřený v %

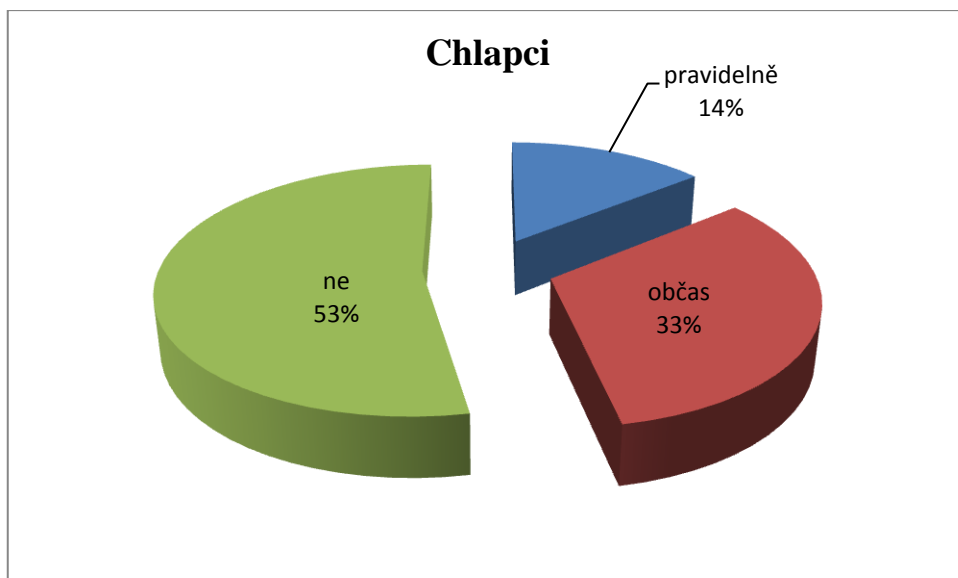


Tabulka č. 7: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 2

CHLAPCI		
Pravidelně	7	14%
Občas	16	33%
Ne	26	53%
Celkem	49	100%

Otázka č. 2: Kouříte cigarety?

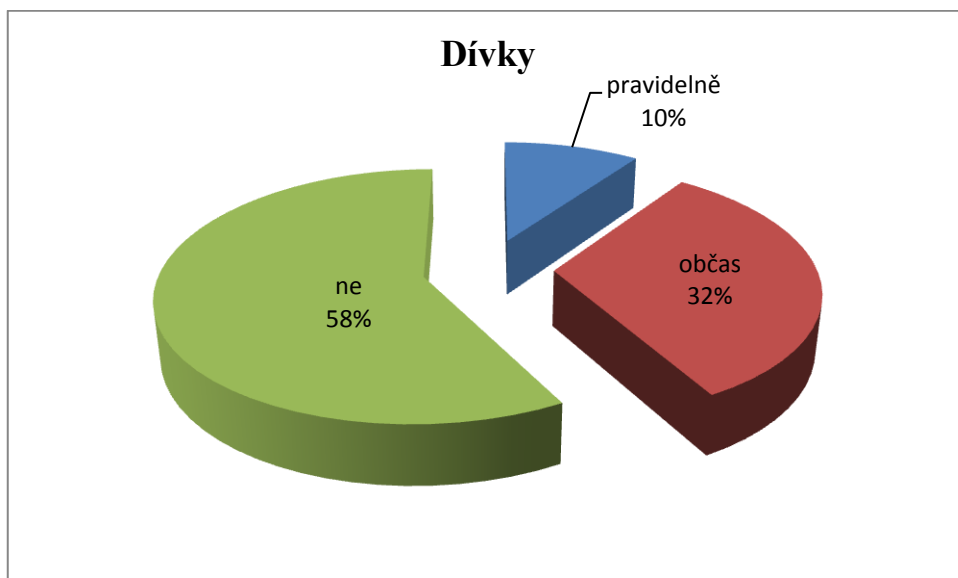
Graf č. 6: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 2 vyjádřený v %



Tabulka č. 8: Přehled odpovědí dívek ot. č. 2

DÍVKY		
Pravidelně	4	10%
Občas	20	32%
Ne	39	58%
Celkem	63	100%

Graf č. 7: Přehled odpovědí dívek ot. č. 2 vyjádřený v %



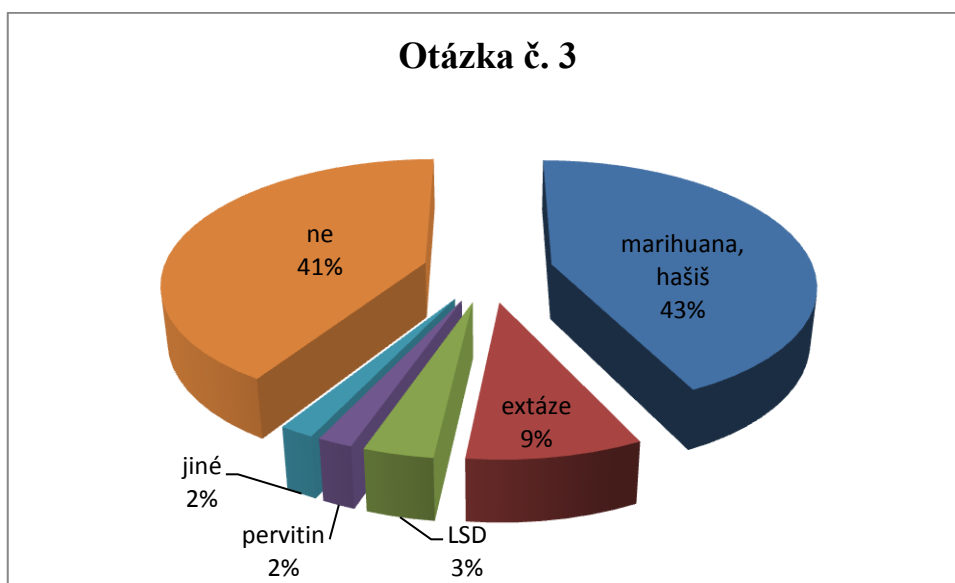
Otázka č. 3: Užil/a jste někdy některou z těchto drog?

Na otázku „Užil/a jste někdy některou z těchto drog?“ uvedlo z celkového počtu respondentů 43% užití marihuany a hašiše, 9% užití extáze, 3% LSD, užití pervitinu uvedly 2% dotázaných, užití jiné látky 2% a odpověď ne pak 41%. Z celkového počtu chlapců jich marihuanu a hašiš užilo 43%, užití extáze uvedlo 14% chlapců, LSD 6%, pervitinu 2% a mezi jinými látkami se v 4% vyskytlo užití kokainu. Odpověď ne pak zvolilo 31% chlapců. Dívky uvedly užití marihuany a hašiše shodně jako chlapci, tj. 43%, užití extáze uvedlo 5% dívek, LSD 1%, pervitin 2%, užití jiné návykové látky neuvedla ani jedna z dívek a odpověď ne zvolilo 49% dívek.

Tabulka č. 9: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 3

OTÁZKA Č. 3		
Marihuana, hašiš	48	43%
Extáze	10	9%
LSD	4	3%
Pervitin	2	2%
Jiné	2	2%
Ne	46	41%
Celkem	112	100%

Graf č. 8: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 3 vyjádřený v %

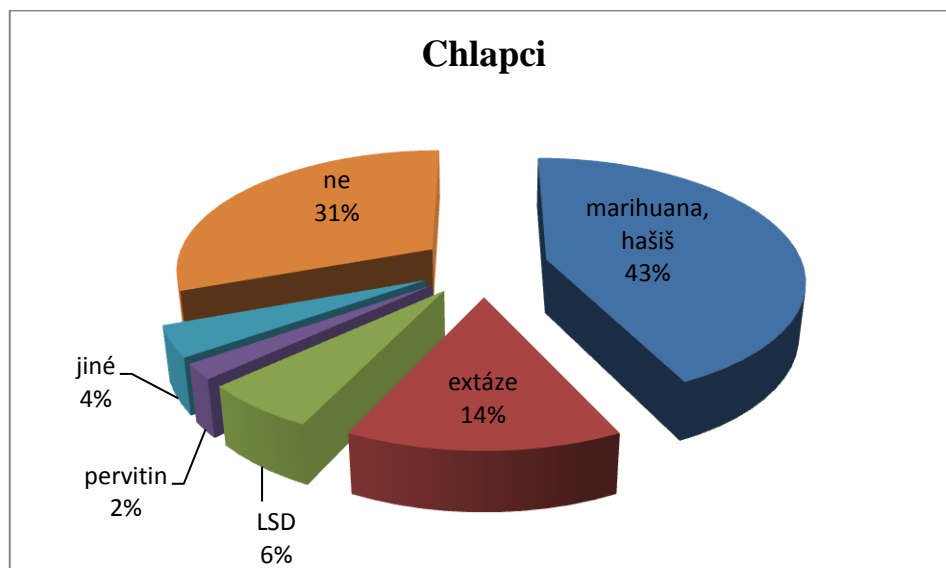


Otázka č. 3: Užil/a jste někdy některou z těchto drog?

Tabulka č. 10: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 3

CHLAPCI		
Marihuana, hašiš	21	43%
Extáze	7	14%
LSD	3	6%
Pervitin	1	2%
Jiné	2	4%
Ne	15	31%
Celkem	49	100%

Graf č. 9: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 3 vyjádřený v %

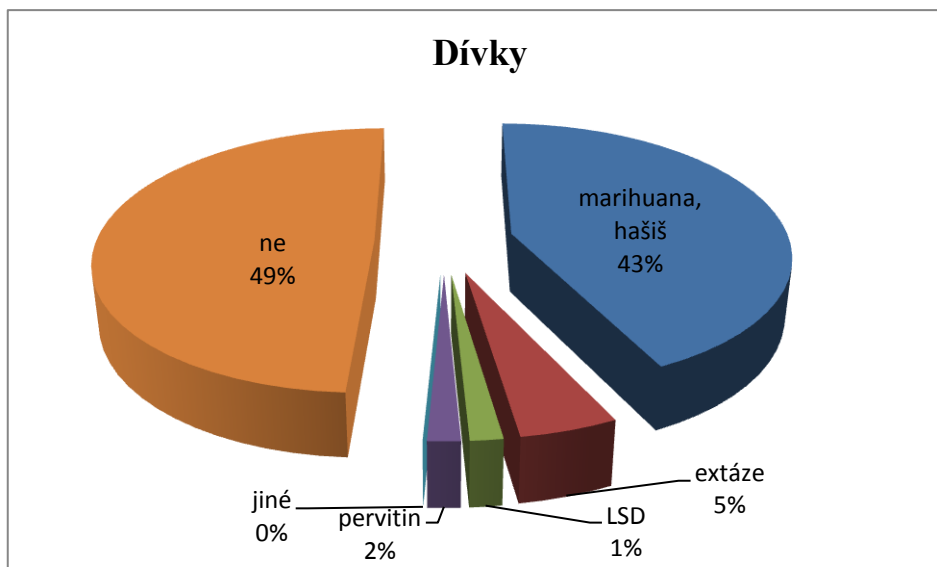


Tabulka č. 11: Přehled odpovědí dívek ot. č. 3

DÍVKY		
Marihuana, hašiš	27	43%
Extáze	3	5%
LSD	1	1%
Pervitin	1	2%
Jiné	0	0%
Ne	31	49%
Celkem	63	100%

Otázka č. 3: Užil/a jste někdy některou z těchto drog?

Graf č. 10: Přehled odpovědí dívek ot. č. 3 vyjádřený v %



Otázka č. 4: Užil/a jste tyto látky opakovaně?

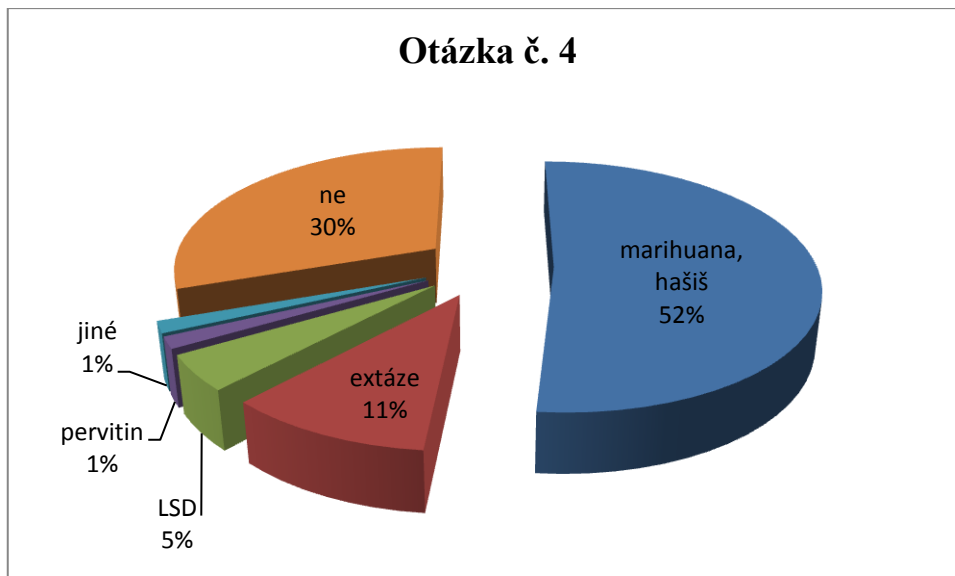
Na otázku „Užil/a jste tyto látky opakovaně?“ z celkového počtu 66 respondentů, kteří uvedli zkušenost s návykovými látkami, jich 52% užilo opakovaně konopné látky, 11% extázi, 5% LSD, 1% pervitin a 1% jiné látky. Chlapci marihuanu a hašiš užívali opakovaně v 53%, extázi v 15%, LSD v 6%, pervitin v 3% a jiné látky taktéž v 3%. Odpověď ne pak zvolilo 20% chlapců. Mezi dívkami se vyskytlo opakované užití marihuany v 50%, extáze v 6%, LSD v 3%, pervitin a jiné látky opakovaně žádná z dívek neužila a ne pak odpovědělo 41% dívek.

Tabulka č. 12: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 4

OTÁZKA Č. 4		
Marihuana, hašiš	34	52%
Extáze	7	11%
LSD	3	5%
Pervitin	1	1%
Jiné	1	1%
Ne	20	30%
Celkem	66	100%

Otázka č. 4: Užil/a jste tyto látky opakovaně?

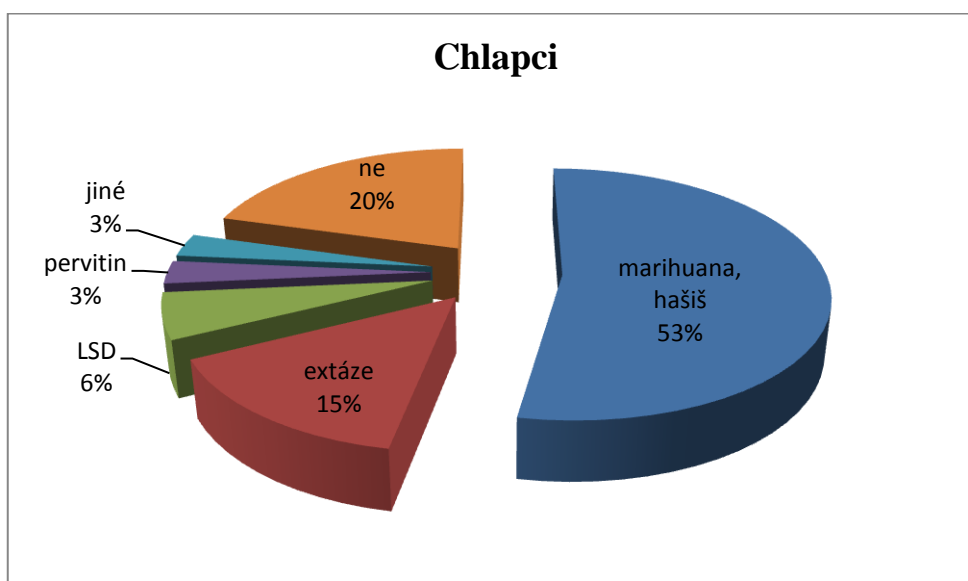
Graf č. 11: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 4 vyjádřený v %



Tabulka č. 13: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 4

CHLAPCI		
Marihuana, hašiš	18	53%
Extáze	5	15%
LSD	2	6%
Pervitin	1	3%
Jiné	1	3%
Ne	7	20%
Celkem	34	100%

Graf č. 12: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 4 vyjádřený v %

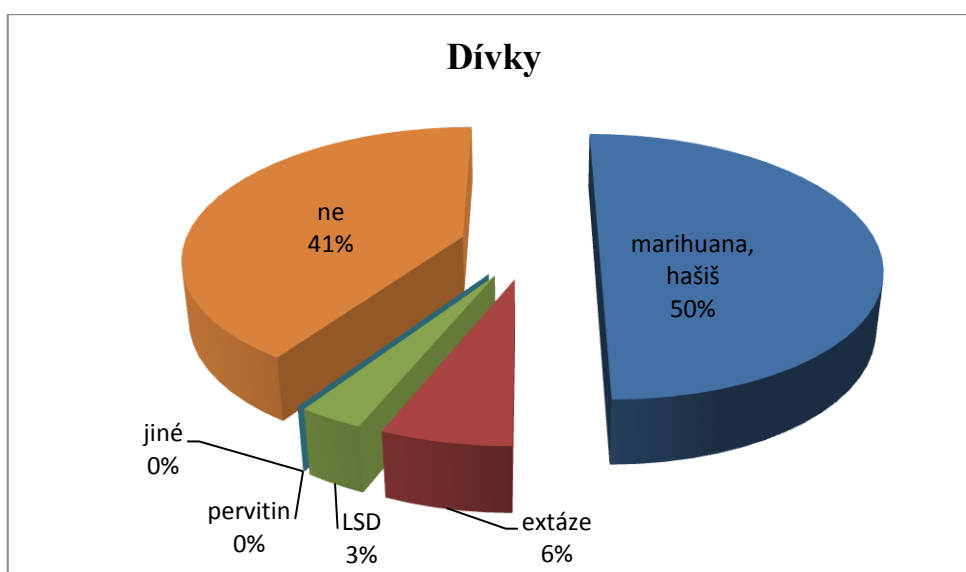


Otázka č. 4: Užil/a jste tyto látky opakovaně?

Tabulka č. 14: Přehled odpovědí dívek ot. č. 4

DÍVKY		
Marihuana, hašiš	16	50%
Extáze	2	6%
LSD	1	3%
Pervitin	0	0%
Jiné	0	0%
Ne	13	41%
Celkem	32	100%

Graf č. 13: Přehled odpovědí dívek ot. č. 4 vyjádřený v %



Otázka č. 5: Z jakého důvodu kouříte, pijete alkohol a užíváte drogy?

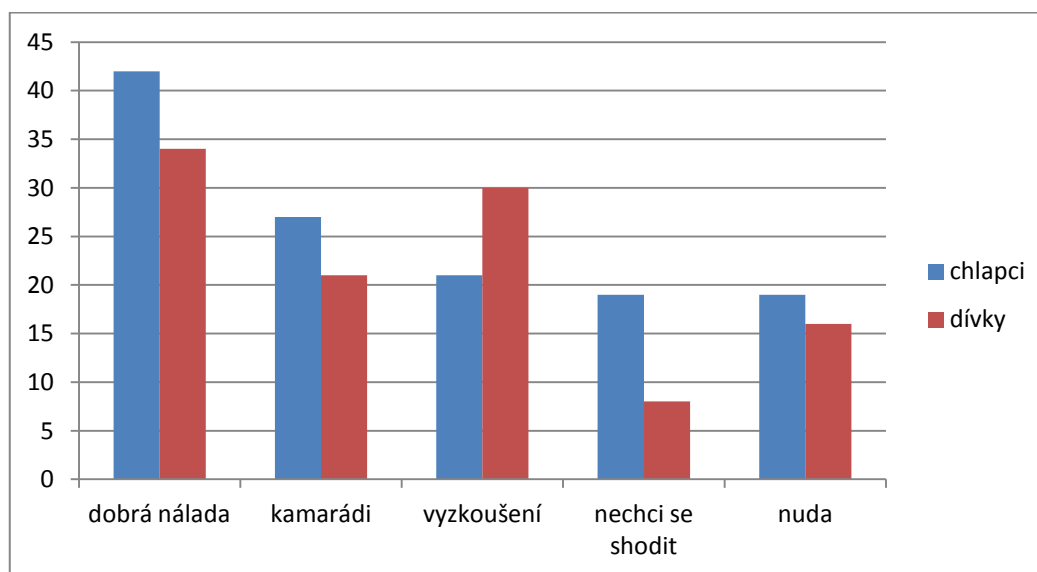
U této otázky mohli respondenti označit jednu nebo více možností případně dopsat další důvody užívání návykových látek. Nejčastěji se vyskytovala odpověď pro dobrou náladu a to v 76 případech, následovala odpověď chtěl/a jsem to zkusit v 51 případech, dělají to kamarádi v 48 případech, odpověď z nudy byla zvolena ve 35 případech, a v 27 případech byla zvolena odpověď, abych se neshodil/a. Jako další důvody pak byly uváděny odpovědi jako: baví mě to, abych se odlišil, hádka s rodiči, na truc rodičům, rozchod s holkou, rozchod s klukem. Chlapci zvolili odpověď pro dobrou náladu ve 42 případech, dělají to kamarádi v 27 případech, vyzkoušet to chtělo 21 chlapců, odpověď abych se neshodil, zvolilo 19 chlapců a z nudy také 19 chlapců. Dívky také na první

místo zařadily odpověď pro dobrou náladu, a to ve 34 případech, odpověď chtěla jsem na vyzkoušet, zvolilo 30 dívek, dělají to kamarádi 21 dívek, odpověď z nudy zvolilo 16 dívek a odpověď abych se neshodila 8 dívek.

Tabulka č. 15: Přehled odpovědí dle četnosti výskytu chlapci a dívky ot. č. 5

OTÁZKA Č. 5			
CHLAPCI		DÍVKY	
Důvod	Četnost výskytu	Důvod	Četnost výskytu
Dobrá nálada	42	Dobrá nálada	34
Kamarádi	27	Vyzkoušení	30
Vyzkoušení	21	Kamarádi	21
Nechci se shodit	19	Nuda	16
Nuda	19	Nechci se shodit	8

Graf č. 14: Přehled odpovědí dle četnosti výskytu chlapci a dívky ot. č. 5



Otázka č. 6: Můžete vyjmenovat rizika užívání návykových látek, která znáte?

Na otázku „Můžete vyjmenovat rizika užívání návykových látek, která znáte?“ uvedli respondenti ve 102 případech závislost, v 93 případech různé druhy nemocí, hlavně pak nádorová, žloutenku, HIV, v 90 případech předávkování, v 53 případech otravy, v 45 případech smrt a ve 27 případech se vyskytla odpověď abstinence příznaky. Chlapci

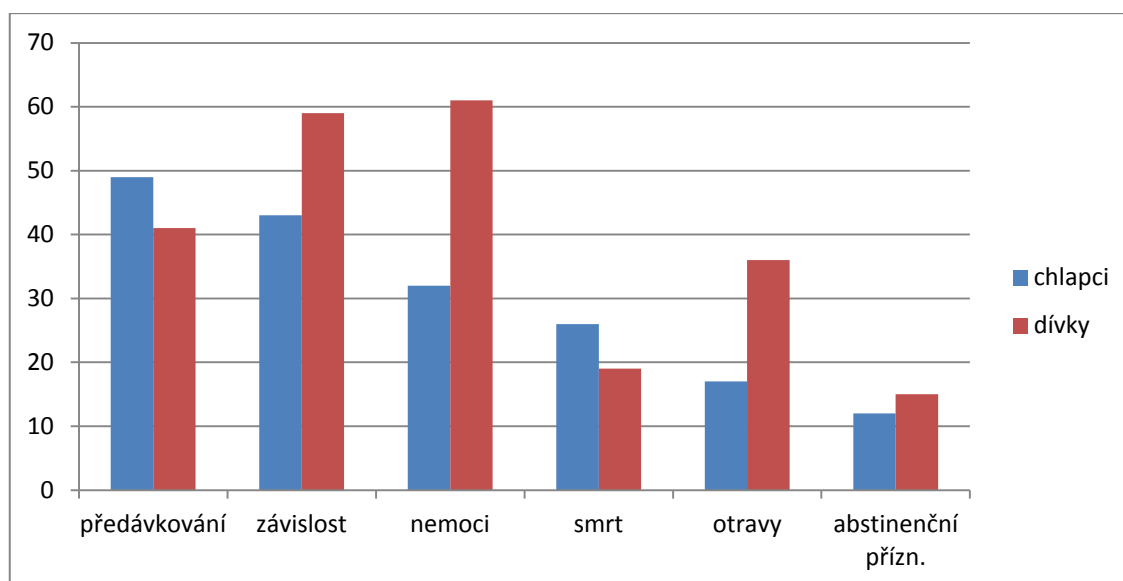
pak nejčastěji uváděli předávkování, a to ve 49 případech, závislost v 43 případech, nemoci ve 32 případech, smrt ve 26 případech, otravy v 17 případech a abstinenční příznaky ve 12 případech. Dívky nejčastěji uváděly nemoci, a to v 61 případech, dále pak závislost v 59 případech, předávkování ve 41 případech, otravy v 36 případech, smrt v 19 případech a abstinenční příznaky v 15 případech.

Otázka č. 6: Můžete vyjmenovat rizika užívání návykových látek, která znáte?

Tabulka č. 16: Přehled odpovědí dle četnosti výskytu chlapci a dívky ot. č. 6

OTÁZKA Č. 6			
CHLAPCI		DÍVKY	
Riziko	Četnost výskytu	Riziko	Četnost výskytu
Předávkování	49	Nemoci	61
Závislost	43	Závislost	59
Nemoci	32	Předávkování	41
Smrt	26	Otravy	36
Otravy	17	Smrt	19
Abstinenční přízn.	12	Abstinenční přízn.	15

Graf č. 15: Přehled odpovědí dle četnosti výskytu chlapci a dívky ot. č. 6



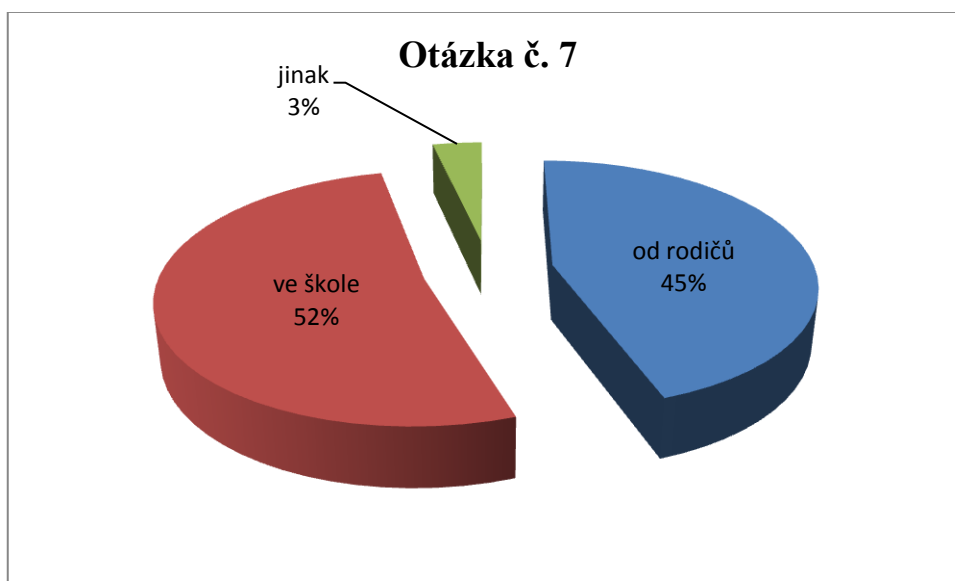
Otázka č. 7: Jak jste se o rizicích užívání návykových látek dozvěděl/a?

Na otázku „Jak jste se o rizicích užívání drog dozvěděl/a?“ odpovědělo 39% z celkového počtu dotázaných, že od rodičů, 47% uvedlo, že ve škole, 9% od kamarádů a 6% jinak (internet, média, literatura). Z celkového počtu dotázaných chlapců jich na tento dotaz 39% odpovědělo, že od rodičů, 51% ve škole, 6% od kamarádů a 4% jinak. Pokud se týká odpovědí dívek, tak tyto odpovědi od rodičů uvedli v 38%, ve škole 45%, od kamarádů 11% a jinak 6% dívek.

Tabulka č. 17: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 7

OTÁZKA Č. 7		
Od rodičů	50	45%
Ve škole	58	52%
Jinak	4	3%
Celkem	112	100%

Graf č. 16: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 7 vyjádřený v %

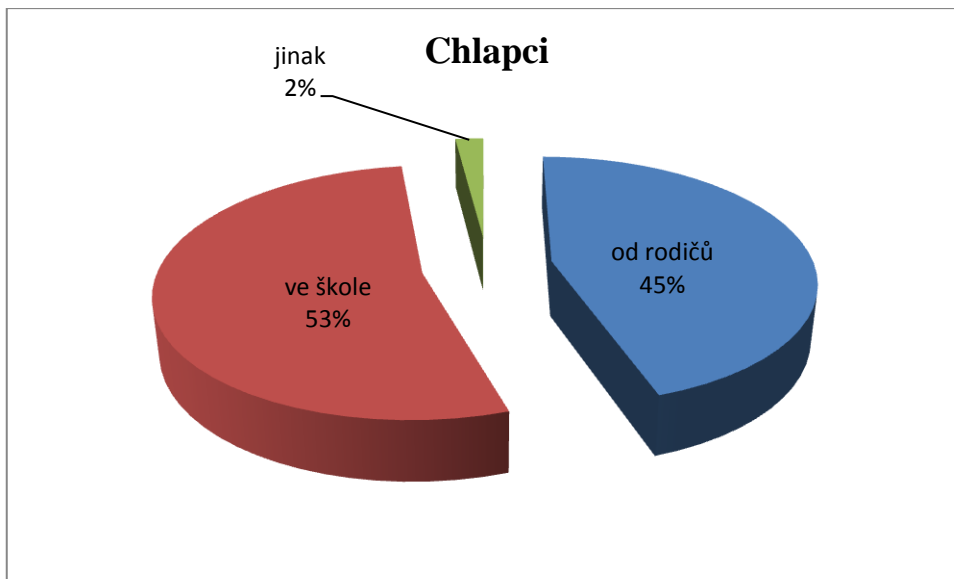


Tabulka č. 18: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 7

CHLAPCI		
Od rodičů	22	45%
Ve škole	26	53%
Jinak	1	2%
Celkem	49	100%

Otázka č. 7: Jak jste se o rizicích užívání návykových látek dozvěděl/a?

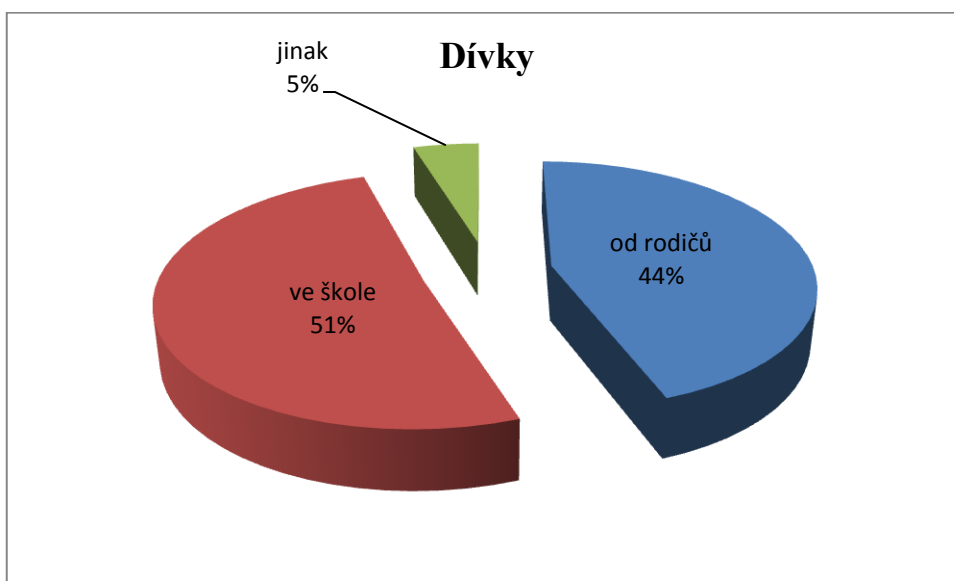
Graf č. 17: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 7 vyjádřený v %



Tabulka č. 19: Přehled odpovědí dívek ot. č. 7

DÍVKY		
Od rodičů	28	44%
Ve škole	32	51%
Jinak	3	5%
Celkem	63	100%

Graf č. 18: Přehled odpovědí dívek ot. č. 7 vyjádřený v %



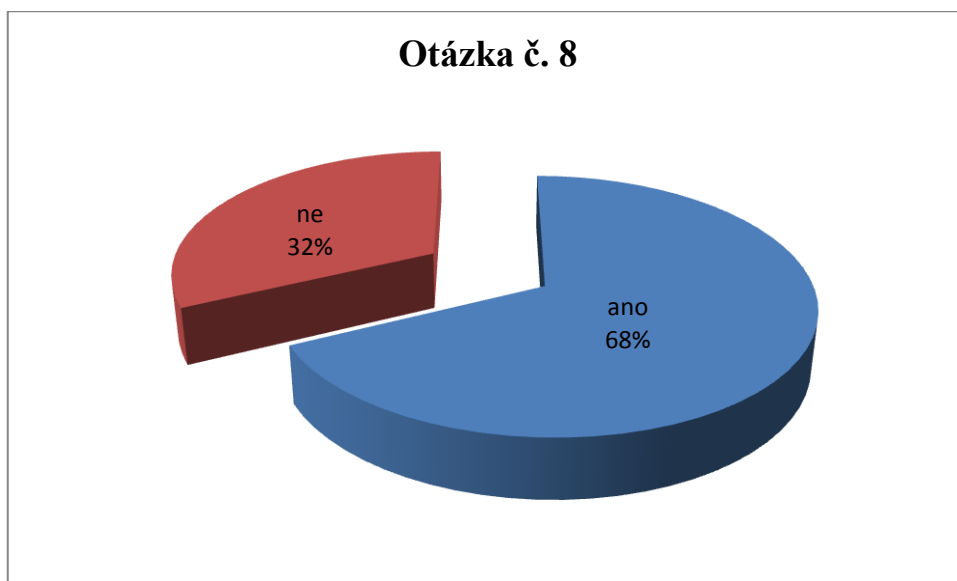
Otázka č. 8: Hovoří s vámi rodiče o problematice pití alkoholu a kouření cigaret?

Na otázku „Hovoří s vámi rodiče o problematice užívání alkoholu a kouření cigaret?“ zvolilo odpověď ano 68% z celkového počtu dotázaných a odpověď ne zvolilo 32%. Z dotázaných chlapců odpověď ano zvolilo 65% a odpověď ne 35%, z dotázaných dívek odpovědělo ano 70% a ne odpovědělo 30% dívek.

Tabulka č. 20: Celkový souhrn odpovědí ot. č.8

OTÁZKA Č. 8		
Ano	76	68%
Ne	36	32%
Celkem	112	100%

Graf č. 19: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 8 vyjádřený v %

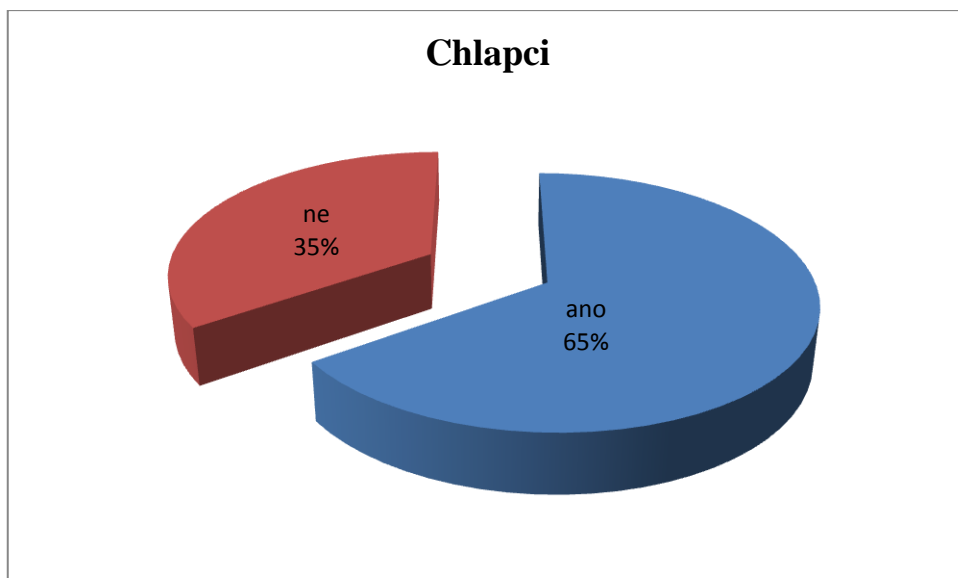


Tabulka č. 21: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 8

CHLAPCI		
Ano	32	65%
Ne	17	35%
Celkem	49	100%

Otázka č. 8: Hovoří s vámi rodiče o problematice pití alkoholu a kouření cigaret?

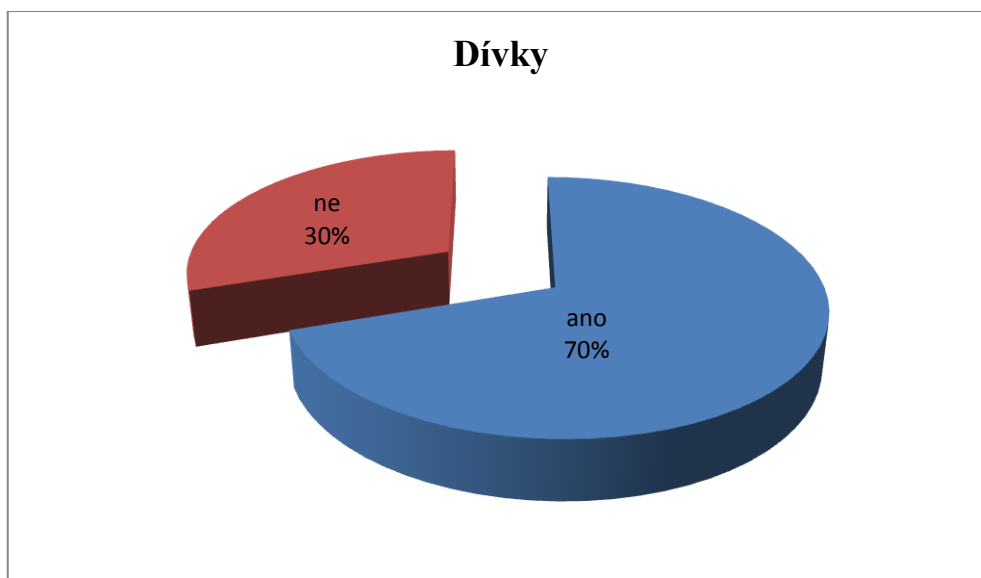
Graf č. 20: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 8 vyjádřený v %



Tabulka č. 22: Přehled odpovědí dívek ot. č. 8

DÍVKY		
Ano	44	70%
Ne	19	30%
Celkem	63	100%

Graf č. 21: Přehled odpovědí dívek ot. č. 8 vyjádřený v %



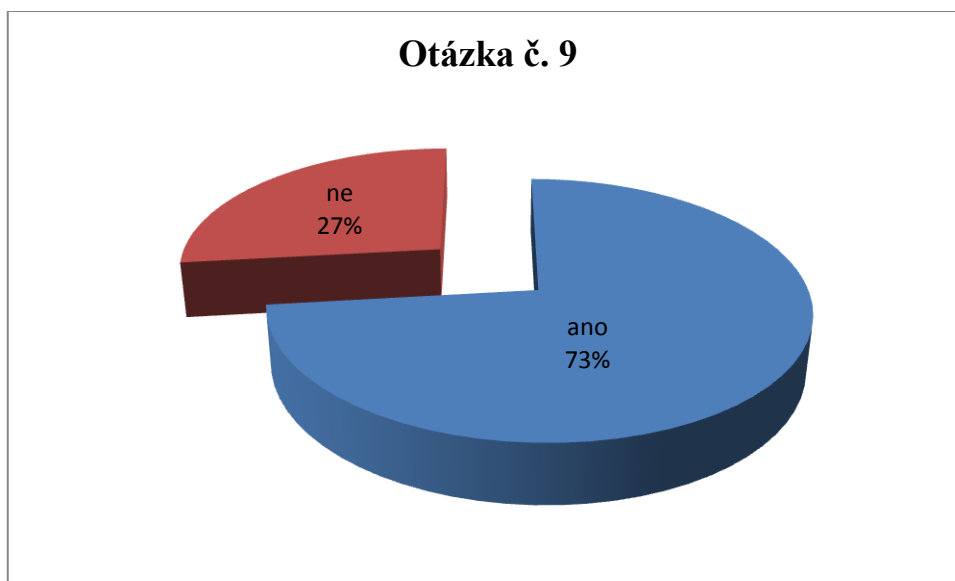
Otázka č. 9: Hovoří s vámi rodiče o problematice užívání drog?

Na otázku „Hovoří s vámi rodiče o problematice užívání drog?“ zvolilo odpověď ano 73% z celkového počtu dotázaných a odpověď ne zvolilo 27%. Z dotázaných chlapců odpověď ano zvolilo 71% a odpověď ne 29%, z dotázaných dívek odpovědělo ano 70% a ne odpovědělo 30% dívek.

Tabulka č. 23: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 9

OTÁZKA Č. 9		
Ano	82	73%
Ne	30	27%
Celkem	112	100%

Graf č. 22 Celkový souhrn odpovědí ot. č. 9 vyjádřený v %

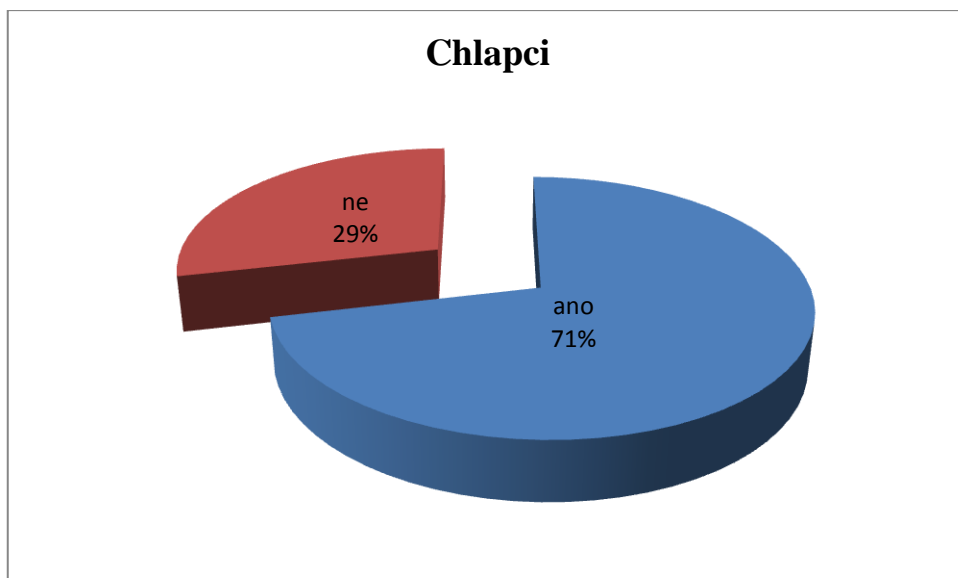


Tabulka č. 24: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 9

CHLAPCI		
Ano	35	71%
Ne	14	29%
Celkem	49	100%

Otázka č. 9: Hovoří s vámi rodiče o problematice užívání drog?

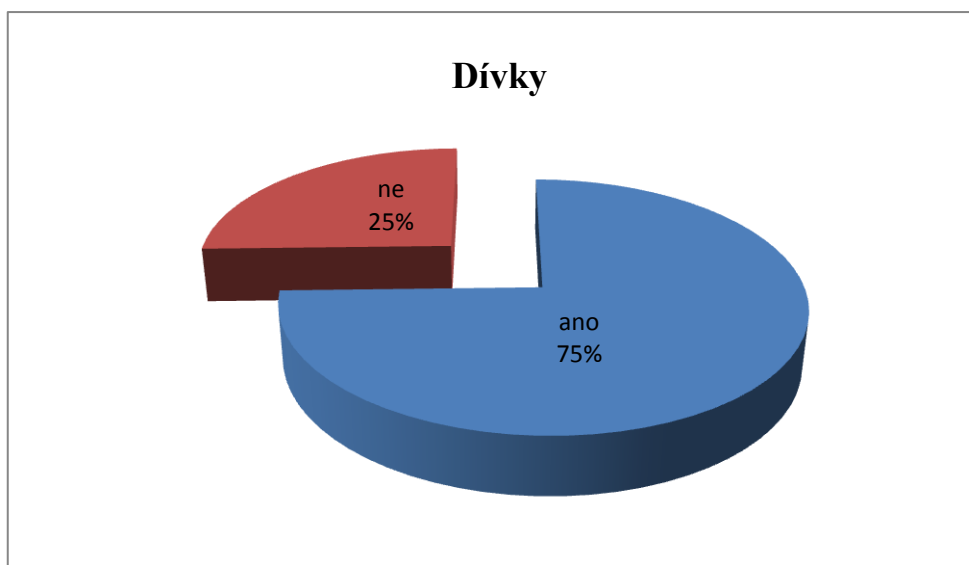
Graf č. 23: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 9 vyjádřený v %



Tabulka č. 25: Přehled odpovědí dívek ot. č. 9

DÍVKY		
Ano	47	75%
Ne	18	25%
Celkem	63	100%

Graf č. 24: Přehled odpovědí dívek ot. č. 9 vyjádřený v %



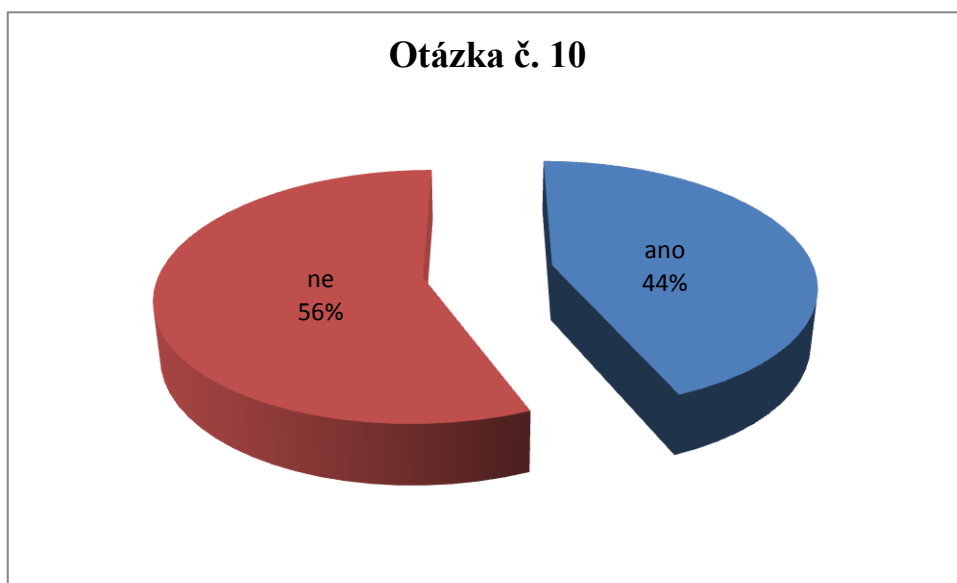
Otázka č. 10: Mají podle vás rodiče dostatek ověřených informací o problematice užívání návykových látek?

Na otázku „Mají podle vás rodiče dostatek ověřených informací o problematice užívání návykových látek?“ 49% z celkového počtu dotázaných odpovědělo, že ano, 56% dotázaných se domnívá, že ne. Chlapci pak odpověď ano zvolili v 43% a odpověď ne v 57%. Dívky na dotaz odpověděly ano v 44% a odpověď ne označily v 56%.

Tabulka č. 26: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 10

OTÁZKA Č. 10		
Ano	49	44%
Ne	63	56%
Celkem	112	100%

Graf č. 25: Celkový souhrn odpovědí otázka č. 10 vyjádřený v %

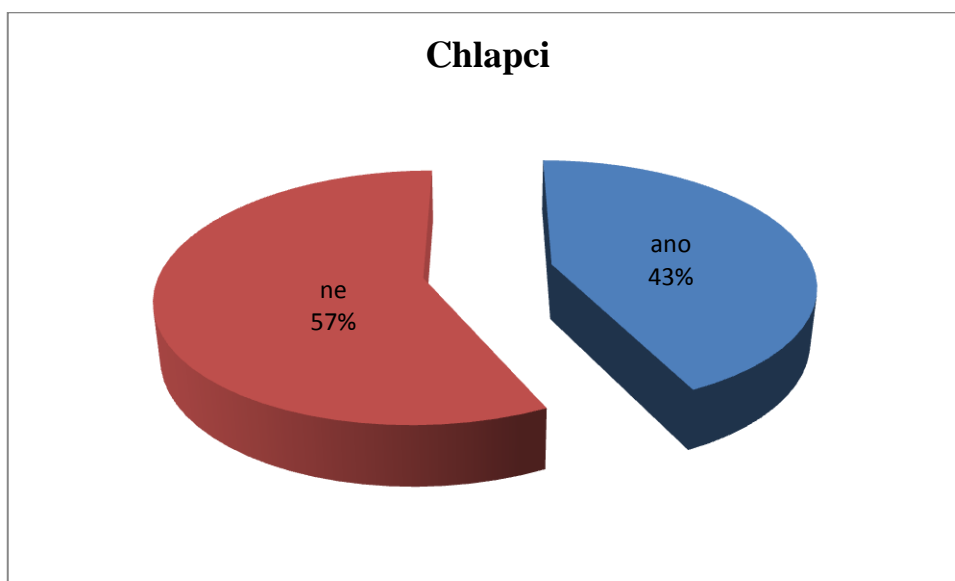


Tabulka č. 27: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 10

CHLAPCI		
Ano	21	43%
Ne	28	57%
Celkem	49	100%

Otázka č. 10: Mají podle vás rodiče dostatek ověřených informací o problematice užívání návykových látek?

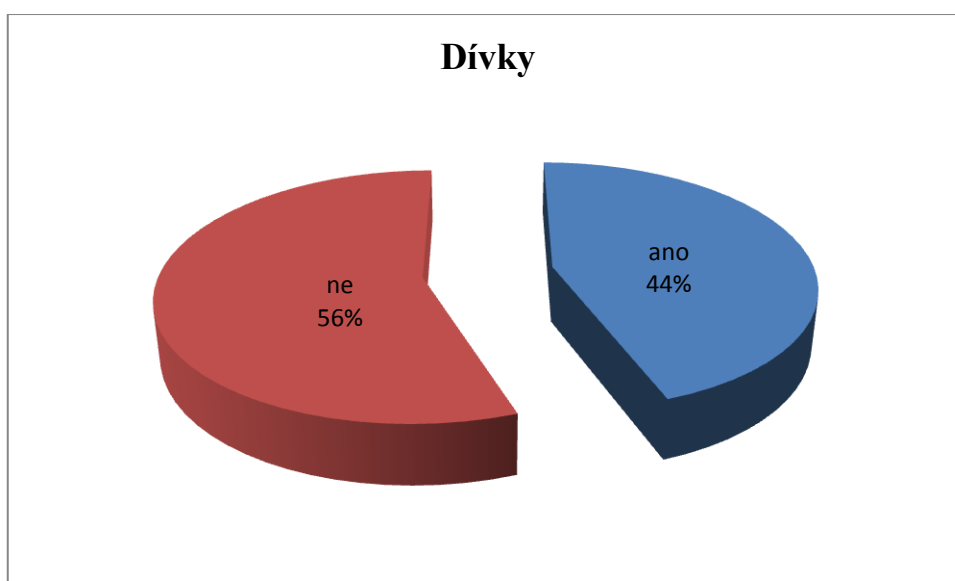
Graf č. 26: Přehled odpovědí chlapců ot. č.10 vyjádřený v %



Tabulka č. 28: Přehled odpovědí dívek ot. č. 10

DÍVKY		
Ano	28	44%
Ne	35	56%
Celkem	63	100%

Graf č. 27: Přehled odpovědí dívek ot. č. 10 vyjádřený v %



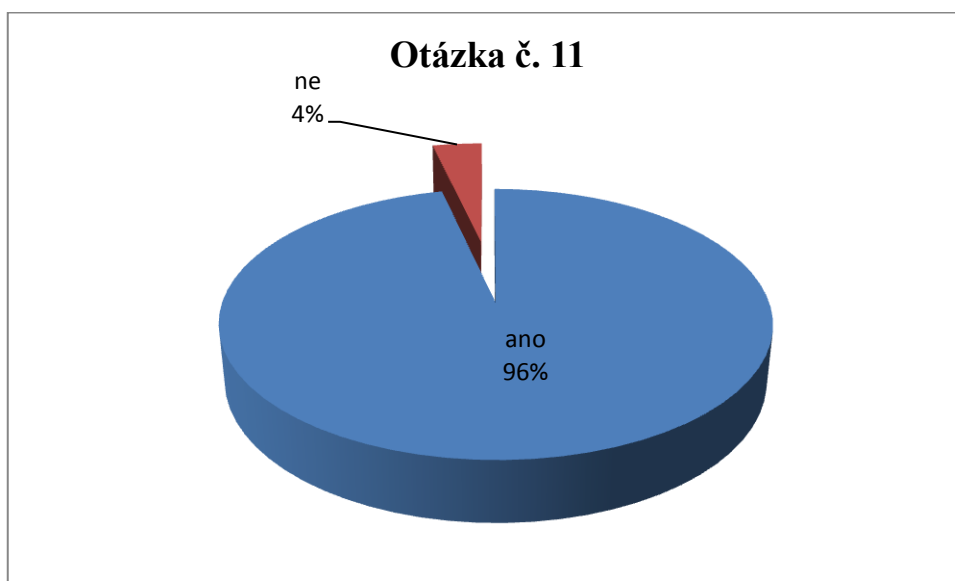
Otázka č. 11: Zúčastnil/a jste se ve škole akce – besedy, přednášky, programu na téma prevence užívání návykových látek?

Na otázku „Zúčastnil/a jste se ve škole akce – besedy, přednášky, programu na téma prevence užívání návykových látek?“ odpovědělo kladně 96% dotázaných respondentů, záporně 4%. Chlapci pak ano odpověděli ano v 46 případech, což je 94% a odpověď ne zvolilo 6% chlapců. Dívky pak odpovídaly ano v 98% a ne odpovědělo 2% zúčastněných dívek.

Tabulka č. 29: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 11

OTÁZKA Č. 11		
Ano	108	96%
Ne	4	4%
Celkem	112	100%

Graf. č. 28: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 11 vyjádřený v %

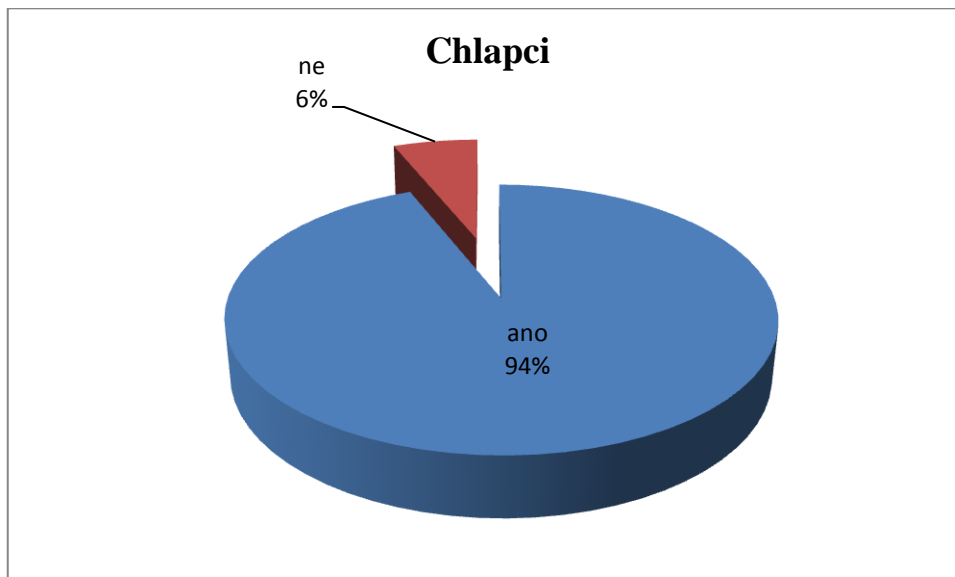


Tabulka č. 30: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 11

CHLAPCI		
Ano	46	94%
Ne	3	6%
Celkem	49	100%

Otázka č. 11: Zúčastnil/a jste se ve škole akce – besedy, přednášky, programu na téma prevence užívání návykových látek?

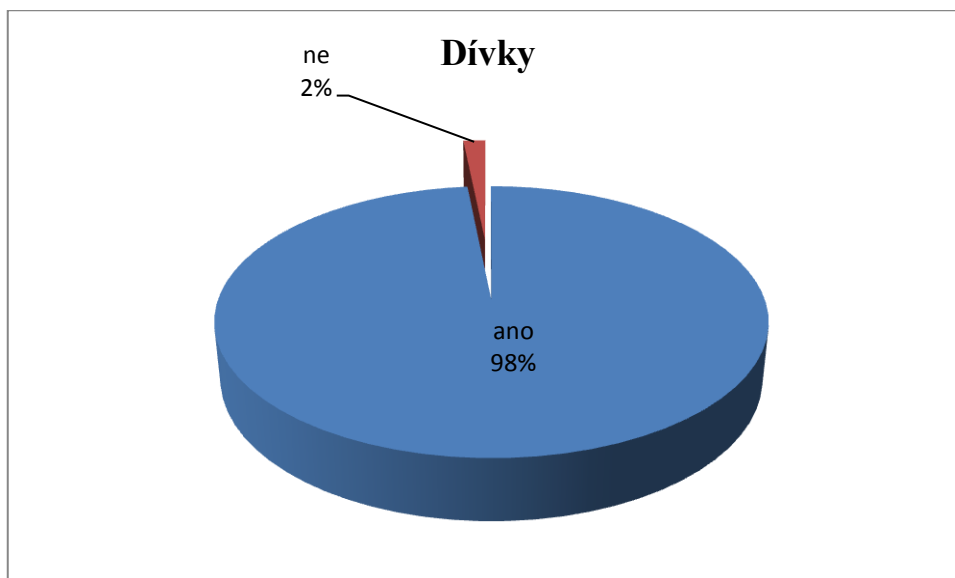
Graf č. 29: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 11 vyjádřený v %



Tabulka č. 31: Přehled odpovědí dívek ot. č. 11

DÍVKY		
Ano	62	98%
Ne	1	2%
Celkem	63	100%

Graf č. 30: Přehled odpovědí dívek ot. č. 11 vyjádřený v %



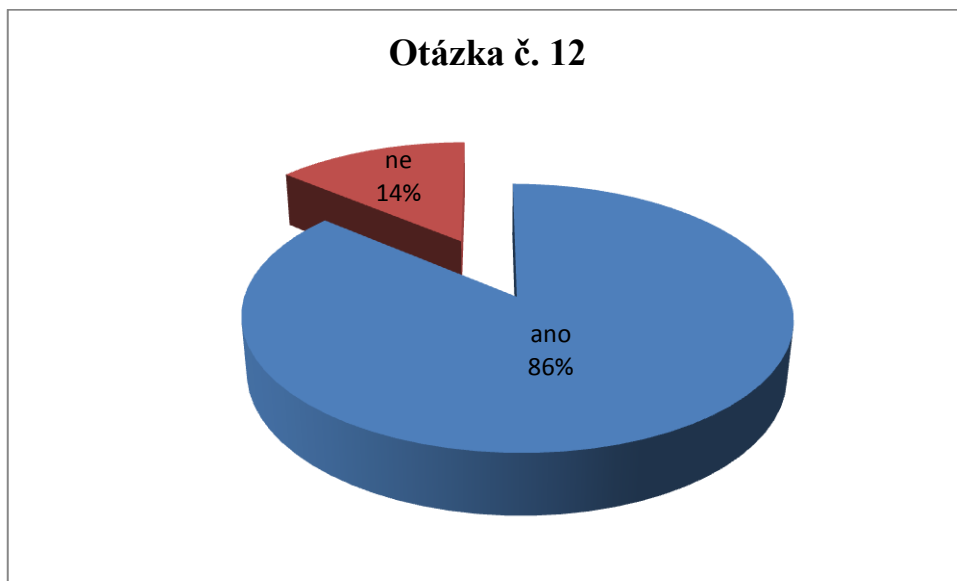
Otázka č. 12: Jsou pro vás poznatky získané na této akci přínosnější než ty, které máte od rodičů, kamarádů či odjinud?

Na otázku „Jsou pro vás poznatky získané na této akci přínosnější než ty, které máte od rodičů, kamarádů či odjinud?“ odpovědělo 108 respondentů, kteří se preventivní akce pořádané školou zúčastnili, a pro 86% z nich byla tato akce z hlediska získaných poznatků přínosná, odpověď ne zvolilo 14% dotázaných. Pokud se týká chlapců, tak tito odpovídali ano v 85%, ne v 15%. Dívky pak jako přínosnou akci zhodnotili v 87% a přínosná nebyla pro 13% dívek.

Tabulka č. 32: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 12

OTÁZKA Č. 12		
Ano	93	86%
Ne	15	14%
Celkem	108	100%

Graf č. 31: Celkový souhrn odpovědí ot. č. 12 vyjádřený v %

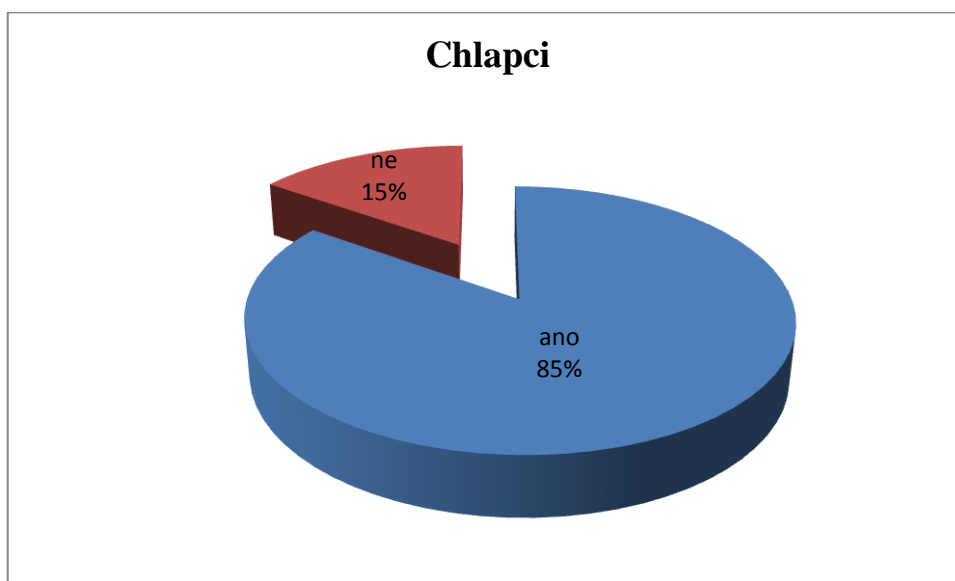


Tabulka č. 33: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 12

CHLAPCI		
Ano	39	85%
Ne	7	15%
Celkem	46	100%

Otázka č. 12: Jsou pro vás poznatky získané na této akci přínosnější než ty, které máte od rodičů, kamarádů či odjinud?

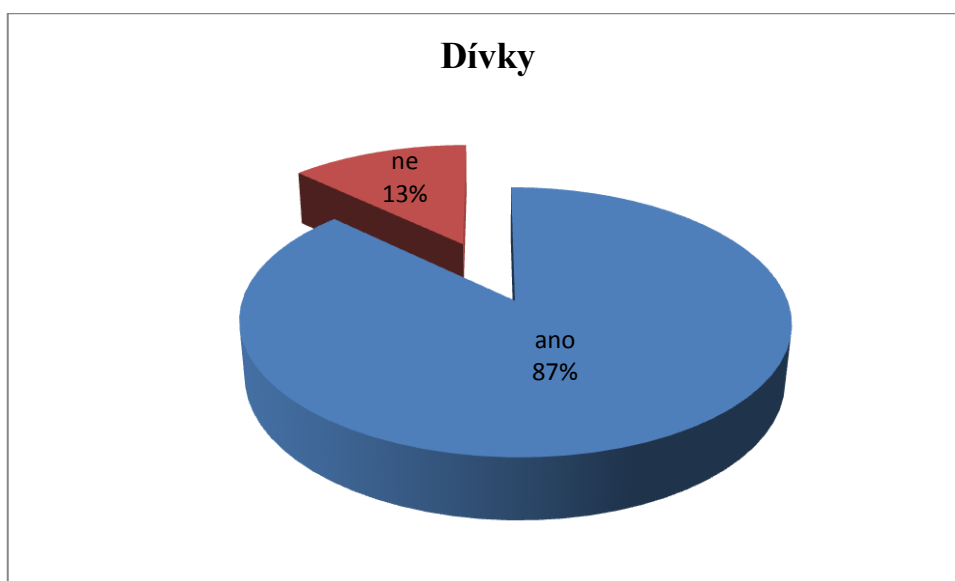
Graf č. 32: Přehled odpovědí chlapců ot. č. 12 vyjádřený v %



Tabulka č. 34: Přehled odpovědí dívek ot. č. 12

DÍVKY		
Ano	54	87%
Ne	8	13%
Celkem	62	100%

Graf č. 33: Přehled odpovědí dívek ot. č. 12 vyjádřený v %



6.4 Vyhodnocení výsledků šetření

Provedeným šetřením byla potvrzena Hypotéza č. 1: „Dívky užívají návykové látky ve stejné míře jako chlapci“, neboť alkohol pravidelně nebo občas užívá 73% dotázaných chlapců a 70% dívek. Kouření cigaret pak potvrdilo 47% zúčastněných chlapců a 42% dívek a co se týká ostatních návykových látek, tak bylo potvrzeno, že tyto užívá 69% chlapců a 51% dívek, v největší míře tomu pak je u konopných látek, kde jejich užívání potvrdilo stejné množství chlapců i dívek, a to 43%. Současně je nutné konstatovat, že zjištěný výsledek je téměř shodný s výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2011, podle které užívalo alkohol 79% šestnáctiletých, kouřilo jich 40% a konopné látky užívalo 42% šestnáctiletých. Hypotéza č. 1 byla vyhodnocována z otázek č. 1, 2 a 3.

Hypotéza č. 2: „Mládež opakovaně užívá návykové látky, protože nezná rizika s tímto spojená“ potvrzena nebyla, neboť každý z účastníků šetření, který současně v otázce č. 6 potvrdil opakované užití návykové látky, uvedl jedno, dvě, či více rizik, která jsou s jejich užíváním spojena. I přes tuto znalost opakovaně návykové látky neužilo pouhých 30% dotázaných respondentů. Současně pak v otázce č. 5 respondenti uváděli důvody, pro které se k užívání návykových látek uchylují. Nejčteněji se vyskytl jako důvod navození dobré nálady. Hypotéza č. 2 byla vyhodnocována z otázek č. 5 a 6.

Hypotéza č. 3: „Rodiče se svými dětmi hovoří o problematice užívání návykových látek a poskytují jim o těchto látkách objektivní informace“ byla potvrzena částečně, když 68% respondentů odpovědělo, že s nimi rodiče hovoří o problematice užívání alkoholu a kouření a dále 73% respondentů potvrdilo, že s nimi rodiče hovoří o užívání ostatních návykových látek. Současně se ale 56% dotázaných domnívá, že jejich rodiče nemají dostatek ověřených informací o dané problematice. Hypotéza byla vyhodnocována z otázek č. 8, 9 a 10.

Hypotéza č. 4 „Hlavním činitelem v prevenci užívání návykových látek mládeží“ jsou rodiče“ potvrzena nebyla, neboť 45% dotázaných uvedlo, že o rizicích užívání návykových látek se dozvědělo od rodičů a 52% z nich pak uvedlo, že ve škole. Současně se 44% respondentů domnívá, že rodiče nemají dostatek ověřených informací. Akce pořádané ve škole v souvislosti s prevencí užívání návykových

látek se zúčastnilo 96% zúčastněných a pro 86% z nich jsou poznatky získané na této akci přínosnější, než poznatky získané od rodičů nebo jinak. Hypotéza byla vyhodnocována z otázek č. 7, 10, 11 a 12.

ZÁVĚR

Diplomová práce „Toxikomanie, alkoholismus a nikotinismus u mládeže“ se ve své teoretické části zabývala obecnou problematikou užívání návykových látek u dospívajících, nastínila současnou situaci v této oblasti u nás, objasnila nejdůležitější pojmy, charakterizovala vybrané druhy návykových látek, zabývala se skutečnostmi, které vedou mládež k jejich užívání a také nastínila možnosti prevence užívání těchto látek. Byly definovány základní pojmy jako toxikomanie, alkoholismus, nikotinismus, droga a závislost a charakterizovány nejčastěji zneužívané látky včetně popisu rizik a důsledků jejich užívání.

Cílem praktické části této práce bylo zjištění prevalence užívání návykových látek u zkoumaného vzorku žáků střední školy a také identifikace druhů látek, které tyto zneužívají. Šetřením bylo u těchto prokázáno užívání alkoholu, kouření cigaret a zneužívání nealkoholových drog, hlavně pak konopných látek. Praktická část se dále zabývala znalostmi, které žáci o návykových látkách mají, důvody, pro které tyto látky užívají a také podíl rodičů na prevenci jejich užívání. Zde bylo zjištěno, že nejhlavnějším činitelem při prevenci užívání návykových látek mládeží nejsou rodiče, ale hlavně škola, která svým žákům zprostředkovává znalosti v této oblasti, a poznatky zde získané žáci považují za velmi přínosné.

Praktickým přínosem diplomové práce je právě zjištění skutečnosti, že rodiče sice se svými dětmi o problematice užívání návykových látek hovoří, ale jak vyplývá z výzkumného šetření, nemají dostatek objektivních informací, které by svým dětem vhodným způsobem předali. Také je zajímavé zjištění, že rodiče více se svými dětmi hovoří o problematice užívání nealkoholových drog než o pití alkoholu a o kouření, přitom právě alkohol a cigarety jsou často jen předstupněm užívání dalších látek. Zde bychom mohli doporučit vzdělávacímu zařízení, aby rodiče žáků vhodnou formou o této problematice informovalo, například při pořádání třídních

schůzek prostřednictvím metodika prevence, který je může nasměrovat k prostudování odborné literatury nebo informačních portálů na internetu, neboť obě dvě formy jsou velmi dobře dostupné. Je nutné, aby právě rodiče byli v této oblasti vzdělání, neboť jsou to hlavně oni, kdo má mít na své děti ten správný vliv a nemělo by být samozřejmostí nechávat zodpovědnost jen na škole.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUDINSKÝ, V. *Ať žije alkohol. Přítel a lék*. Pardubice: Mayday, 2008. ISBN 978-80-86986-38-8.
- DIMOFF, T. a S. CARPER. *Berie vaše dítěta drogy?* 1. vyd. Bratislava: Obzor, 1994. ISBN 80-215-0274-6.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GOODYER, P. *Drogy a teenageři*. 1. české vyd. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2011. ISBN 80-86421-44-9.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9.
- HAJNÝ, M., E. KLOUČEK a R. STUHLÍK. *Akta Y. Drogový problém versus rodina*. Praha: Votobia, 1999. ISBN 80-7220-022-4.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- JANÍK, A. a K. DUŠEK. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. © Úřad vlády České republiky, 2003a. ISBN 80-86734-06-6.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. © Úřad vlády České republiky, 2003b. ISBN 80-86734-06-6.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 4. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2012. ISBN 978-80-7452-024-2.
- MARHOUNOVÁ, J. a K. NEŠPOR. *Alkoholici, fetišti a gambléři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.
- MATOUŠEK, O. a A. KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, 1993, ISBN neuvedeno.
- NEŠPOR, K. *Kouření, pití, drogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-023-5.

- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí*. Příručka pro praxi. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K., H. PERNICOVÁ a L. CSÉMY. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.
- NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Průchozí drogy*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 2002. ISBN 80-7071-198-1.
- NOVÁK, M. a kol. *O kouření*. Praha: Avicenum, 1980. ISBN neuvedeno.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
- PEŠEK R., a K. NEČESANÁ. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících*. Písek: Arkáda, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.
- PIPEKOVÁ J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PRESL J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
- RASER, J. *Jak vychovávat děti, se kterými se dá žít*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-459-1.
- RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.
- SKÁLA J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN neuvedeno.
- SKÁLA J. *...až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1988. ISBN neuvedeno.
- SOVÁK M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- TYLER, A. *Drogy v ulicích. Mýty – Fakta – Rady*. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

SEZNAM INTERNEROVÝCH ZDROJŮ

CSÉMY, L. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2011 - mezinárodní zpráva*. [online]. 2012 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espad_2011_mezinarodni_zprava

HANZLOVSKÝ, M. *Co jste o alkoholu možná nevěděli*. [online]. 2012 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/co-jste-o-alkoholu-mozna-nevedeli.htm>

MINAŘÍK, J. *Informace o drogách*. [online]. © 2003 – 2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/>

NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. [online]. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2003. [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/knizkycz.htm>

NEŠPOR, K. *Metodika prevence ve školním prostředí*. [online]. Praha: 2003. [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/meto1.doc>

NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Alkohol u dětí a dospívajících – prevence a léčba*. [online]. 2009. [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/apl-deti3.doc>

SOVINOVÁ, H. *Kouření*. [online]. 2010 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/koureni-1>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Aktualizace MKN 10*. [online]. 2013 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. [online]. 2012 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z:
<http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2011-101508/>

WIKIPEDIA. *Alkoholismus*. [online]. 2013 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>

DOTAZNÍK

Označte:

- Jsem chlapec
- Jsem dívka

Můj věk:

Otázka č. 1:

Pijete alkohol?

- Pravidelně
- Občas
- Ne

Otázka č. 2:

Kouříte cigarety?

- Pravidelně
- Občas
- Ne

Otázka č. 3:

Užil/a jste někdy některou z těchto drog?

- Marihuana, hašiš
- Extáze
- LSD
- Pervitin
- Jiné (uveďte)

Otázka č. 4:

Užil/a jste tyto látky opakovaně?

- Marihuana, hašiš
- Extáze
- LSD
- Pervitin
- Jiné (uveďte)

Otázka č. 5:

Z jakého důvodu kouříte, pijete alkohol a užíváte drogy?

Uveďte důvody:

.....
.....
.....

Otázka č. 6:

Můžete vyjmenovat rizika užívání návykových látek, která znáte?

.....
.....
.....

Otázka č. 7:

Jak jste se o rizicích užívání návykových látek dozvěděl/a?

- Od rodičů
- Ve škole
- Jinak

Otázka č. 8:

Hovoří s vámi rodiče o problematice pití alkoholu a kouření cigaret?

- Ano
- Ne

Otázka č. 9:

Hovoří s vámi rodiče o problematice užívání drog?

- Ano
- Ne

Otázka č. 10:

Mají podle vás rodiče dostatek ověřených informací o problematice užívání návykových látek?

- Ano
- Ne

Otázka č. 11:

Zúčastnil/a jste se ve škole akce – besedy, přednášky, programu na téma prevence užívání návykových látek?

- Ano
- Ne

Otázka č. 12:

Jsou pro vás poznatky získané na této akci přínosnější než ty, které máte od rodičů, kamarádů či odjinud?

- Ano
- Ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Číhalová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Toxikomanie, alkoholismus a nikotinismus u mládeže

Rok: 2013

Počet stran: 95

Celkový počet příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 32

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Kornel Čajka, CSc.